

Achados de imagem na ingestão de corpos estranhos atípicos em adulto

Imaging findings in ingestion of atypical foreign body in adult

DOI:10.34119/bjhrv6n6-294

Recebimento dos originais: 03/11/2023

Aceitação para publicação: 05/12/2023

Francisco Anderson Araújo Braz

Bacharel em Medicina

Instituição: Hospital Regional de Taguatinga (HRT)

Endereço: Setor C Norte, Área Especial 24, Taguatinga, Brasília – DF, CEP: 72115-902

E-mail: anderson-bras@hotmail.com

Camila Carolina da Silva

Bacharel em Medicina

Instituição: Hospital Regional de Taguatinga (HRT)

Endereço: Setor C Norte, Área Especial 24, Taguatinga, Brasília – DF, CEP: 72115-902

E-mail: camilacarol@hotmail.com

Sandro Kochi

Bacharel em Medicina

Instituição: Hospital Regional de Taguatinga (HRT)

Endereço: Setor C Norte, Área Especial 24, Taguatinga, Brasília – DF, CEP: 72115-902

E-mail: sandro_kochi@hotmail.com

Ana Camila Caetano Fonseca

Bacharel em Medicina

Instituição: Hospital Regional de Taguatinga (HRT)

Endereço: Setor C Norte, Área Especial 24, Taguatinga, Brasília – DF, CEP: 72115-902

E-mail: caetanofonsecaa@gmail.com

Anielle Memória da Silva França

Bacharel em Medicina

Instituição: Hospital Regional de Taguatinga (HRT)

Endereço: Setor C Norte, Área Especial 24, Taguatinga, Brasília – DF, CEP: 72115-902

E-mail: anielle_memoria@hotmail.com

Giovanna Maria Ribeiro Silva

Bacharel em Medicina

Instituição: Hospital Regional de Taguatinga (HRT)

Endereço: Setor C Norte, Área Especial 24, Taguatinga, Brasília – DF, CEP: 72115-902

E-mail: giribeirosil@gmail.com

Felipe Ubaldo Ferreira Nunes

Bacharel em Medicina

Instituição: Hospital Regional de Taguatinga (HRT)

Endereço: QNM 27, Área Especial 1, QNM 28, Ceilândia, Brasília – DF, CEP: 72215-270

E-mail: felipe_ubaldo@hotmail.com

Eduardo França do Vale Chaves Filho

Bacharel em Medicina

Instituição: Hospital Regional de Taguatinga (HRT)

Endereço: Setor C Norte, Área Especial 24, Taguatinga, Brasília – DF, CEP: 72115-902

E-mail: edufrancafilho@gmail.com

Elizabete da Silva Camara Braz

Graduada em Enfermeira

Instituição: Hospital Regional do Guará (HRGU)

Endereço: QI 06, Lote C s/n, Área Especial, Guará I, Brasília – DF, CEP: 71010-006

E-mail: elizabete_camara@hotmail.com

Adrielle Memória da Silva

Mestre em Biotecnologia

Instituição: Universidade Federal do Piauí

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella, Ininga, Teresina - PI,

CEP: 64049-550

E-mail: adrielle_memoria@hotmail.com

RESUMO

A ingestão de corpo estranho (CE) é um evento relativamente comum, mas raramente causa complicações graves, já que a maioria passa pelo trato gastrointestinal sem complicações, apenas 1% necessita de cirurgia. As complicações incluem perfuração gastrointestinal, obstrução intestinal, peritonite, formação de abscessos, fístulas e hemorragias. A ingestão de CE pode ser acidental ou proposital. As manifestações clínicas imediatas da ingestão de CE podem ser: dor epigástrica, vômitos, disfagia, desconforto faríngeo e dor no peito (3%). Em portadores de deficiências mentais, os sintomas podem incluir ainda asfixia, recusa alimentar, hipersalivação e angústia respiratória. Porém, muitos pacientes não apresentam sintomas. Os exames de imagem podem ser utilizados para diagnóstico e avaliação da localização, tipo, possível complicação e necessidade de intervenção em casos de ingestão de CE. Este estudo apresentará achados de imagem relacionados à ingestão de CEs atípicos em adultos atendidos no Hospital Regional de Taguatinga de fevereiro de 2018 a fevereiro de 2020, correlacionando com imagens de CE não ingeridos para diagnóstico diferencial. O radiologista deve estar familiarizado com a vasta gama de CE encontrados em exames de imagem, sendo capaz de reconhecê-los prontamente.

Palavras-chave: corpo estranho, ingestão, exames de imagem.

ABSTRACT

Foreign body (FB) ingestion is a relatively common event, but it rarely causes serious complications, since most pass through the gastrointestinal tract without complications, only 1% require surgery. Complications include gastrointestinal perforation, intestinal obstruction, peritonitis, abscesses, fistulas and hemorrhage. FB ingestion may be accidental or purposeful. The immediate clinical manifestations of FB ingestion can be epigastric pain, vomiting, dysphagia, pharyngeal discomfort, and chest pain (3%). In patients with mental disabilities, the symptoms may also include asphyxia, refusal to eat, hypersalivation and respiratory distress. However, many patients do not have symptoms. Imaging exams can be used to diagnose and assess the location, type, possible complication and need for intervention in cases of FB ingestion. This study will present image findings related to the ingestion of atypical FB in adults seen at the Regional Hospital of Taguatinga from February 2018 to February 2020, correlating

with FB images not ingested for differential diagnosis. The radiologist must be familiar with the wide range of EC found in imaging tests, being able to recognize them promptly.

Keywords: strange body, ingestion, imaging exams.

1 INTRODUÇÃO

As pessoas podem ingerir todos os tipos de objetos, e uma vez procurando o pronto atendimento são classificados como pacientes com ingestão voluntária (intencional) ou ingestão acidental. A ingestão acidental é comum em crianças, enquanto a ingestão voluntária ou intencional é rara e ocorre principalmente em adultos (prisoneiros e pacientes com retardo mental)². Por isso, a ingestão de CE é um evento relativamente comum nas emergências, mas raramente causam complicações graves. As taxas de mortalidade são baixas, menores que 1% e estão relacionadas com complicações importantes. Nos EUA cerca de 1.500 a 2.750 pessoas morrem a cada ano por ingestão de corpos estranhos³. A maioria dos CE ingeridos passam pelo trato gastrointestinal sem complicações, sendo que 80 a 90% dos casos são eliminados por via natural em aproximadamente 5 a 6 dias, 10 a 20% têm que ser removidos por endoscopia e apenas 1% necessita de cirurgia³. Objetos rombos maiores podem ficar impactados no esôfago ou em áreas de estenose do intestino em pontos anormais de estreitamento tais como: arco duodenal, junção duodenojejunal ou íleo terminal. As complicações podem incluir perfuração gastrointestinal, obstrução intestinal, peritonite, formação de abscessos ou fistula e em casos mais graves, levar a hemorragias⁴.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal e retrospectivo com abordagem quantitativa e qualitativa. A amostra de conveniência foi constituída pela história clínica e exames de imagem de pacientes, adultos, de ambos os sexos, entre 18 e 55 anos, atendidos no HRT, que se encaixavam nas apresentações clínicas e hipótese diagnóstica de inserção/ingestão de CE.

O estudo foi realizado no HRT, localizado em Brasília, coletando informações de prontuários de fevereiro de 2022 a fevereiro de 2023.

Foram excluídos da pesquisa, exames com artefatos que prejudicaram a avaliação das imagens, prontuários incompletos, diagnósticos de outra etiologia e exames de imagem sem laudo do radiologista.

A coleta de dados foi realizada através da plataforma de dados utilizada pela secretaria estadual de saúde do DF, chamada *Trackare*®, sempre respeitando o sigilo do paciente, utilizando apenas um código de identificação.

Nesse banco de dados, os pacientes com história clínica compatível com a ingestão de CE atípico e que respeitam os critérios de inclusão e exclusão foram selecionados e contactados através da telefonia do hospital para assinar o TCLE na secretaria da radiologia sendo orientados da pesquisa e esclarecendo dúvidas.

Esta pesquisa foi avaliada e aprovada pelo comitê de ética, conforme a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e CAAE 67066822.2.0000.5553

3 RESULTADOS

3.1 CORPOS ESTRANHOS ESOFÁGICOS

Aproximadamente 60% dos CEs ingeridos alcançam o estômago, ficando os 40% restante retidos no esôfago, sendo a impactação e perfuração esofágica duas das principais complicações da ingestão de CE. Uma vez impactado no esôfago, a probabilidade de passagem espontânea é pequena, em função da peristalse⁵.

Em geral, os pacientes referem claramente que “algo está parado na garganta”, causando desconforto, dor e dificuldade de deglutição pelo fator obstrutivo do material impactado^{10,11}. Estridor, sibilos e pneumonia podem ser sequelas de um CE ingerido e impactado na hipofaringe, no esôfago ou árvore respiratória³.

O esôfago cervical e os seios piriformes são os locais mais comuns de impactação pelo CE, especialmente os pontiagudos⁷. O esôfago tem três áreas de estreitamento onde CE são mais propensos a impactarem: o esfíncter esofágico superior (que consiste no músculo cricofaríngeo); o arco da aorta; e o esfíncter esofágico inferior. Além disso, histórico de cirurgias no trato gastrointestinal ou malformações congênitas podem aumentar o risco de impactação⁴. Outras situações de alto risco são: estenose de esôfago, hérnia de hiato, tumor, esofagite eosinofílica e artéria subclávia direita aberrante.

O exame físico pouco contribui para o diagnóstico, a não ser em casos de complicações, quando há perfuração orofaríngea ou esofágica proximal, quando se evidencia edema cervical, eritema, hiperemia ou crepitação⁴. A perfuração esofágica é uma condição potencialmente ameaçadora da vida com elevada morbidade e mortalidade, maior que 20% dos casos⁷.

Atualmente o diagnóstico de CE de esôfago depende fortemente da utilização de TC, tendo sensibilidade de 97% e precisão de 98% quando comparadas a radiografia, que são

respectivamente de 47% e 52%. Porém quando o material impactado é radiopaco, como por exemplo objetos metálicos, a radiografia simples pode facilmente identificá-lo (Figura 1).

Figura 1. Mulher, 27 anos, apresentando dor no pescoço e sialorreia após ingerir chave de automóvel. Radiografia frontal da região cervical evidenciando material radiopaco projetado no esôfago cervical ao nível do esfíncter esofágico superior.



Fonte: banco de dados radiologia HRT (Hospital Regional de Taguatinga).

A radiografia convencional é um método importante e eficaz para identificar a ingestão de pacotes de drogas, mas às vezes é insuficiente para delinear as margens do pacote e diferenciar de resíduos alimentares. Todavia, a TC é o melhor método para diferenciação, evidenciando pacotes bem definidos, intraluminais redondos ou ovais de forma uniforme e atenuação variada. Embora as aparências específicas e densidades físicas dependam do tipo de droga, a atenuação na TC depende da pureza da substância ou mistura de drogas⁵.

As densidades vistas em TC variam segundo a substância ingerida. No caso da maconha (Figura 2), a atenuação da matéria orgânica vegetal compactada varia segundo sua porosidade e conteúdo de ar e de líquido no seu interstício. Geralmente, tem densidade negativa, pela presença de ar que varia de -24 a -656UH⁸.

Figura 2. Homem, 18 anos, com dor no pescoço, sialorreia, disfagia e rouquidão, após ingerir CE (papelote de maconha envolto por fita isolante). (A) Imagem sagital de tomografia computadorizada (TC) do pescoço, com janela de partes moles, evidenciando CE impactado no esôfago cervical ao nível do esfíncter esofágico superior. (B, C e D) Imagens axiais de TC do pescoço, com contraste endovenoso, nas janelas de mediastino, óssea e pulmonar, revelando CE com densidade de partes moles e inclusões gasosas de permeio (aspecto de “miolo de pão”).



Fonte: banco de dados radiologia HRT (Hospital Regional de Taguatinga).

3.2 CORPOS ESTRANHOS GASTROINTESTINAIS

A maioria dos CE ingeridos atravessam o trato gastrointestinal sem intercorrências. No entanto, objetos cortantes ou pontiagudos podem ficar impactados em pontos de estreitamento intestinal como arco duodenal, junção duodenojejunal ou íleo terminal, causando complicações como perfuração, peritonite e formação de abscessos. Isso ocorre pela facilidade de transfixarem a parede intestinal e tendência a ficarem retidos na passagem pelo intestino. Já objetos rombos maiores podem impactar áreas de estenose, causando, obstrução intestinal ou raramente perfuração devido necrose por pressão^{5,11}.

A passagem de CEs pelo trato gastrointestinal depende largamente da sua forma e tamanho. Objetos longos são suscetíveis de impactarem no duodeno por causa do seu comprimento relativo à curvatura duodenal, podendo perfurar vísceras em qualquer lugar, mas com maior probabilidade de penetrar no duodeno ao nível do ligamento de Treitz. Objetos com largura maior que 2,5 cm tem menor probabilidade de passar pelo piloro. A válvula ileocecal pode impedir a passagem de objetos grandes⁷.

A perfuração do trato gastrointestinal é vista em menos de 1% dos pacientes com ingestão de CE³. Os locais mais afetados incluem a região ileocecal, apêndice e divertículo de

Meckel. A maioria dos casos é causado por palito de dente, espinha de peixe, ossos e próteses dentárias^{3,9}.

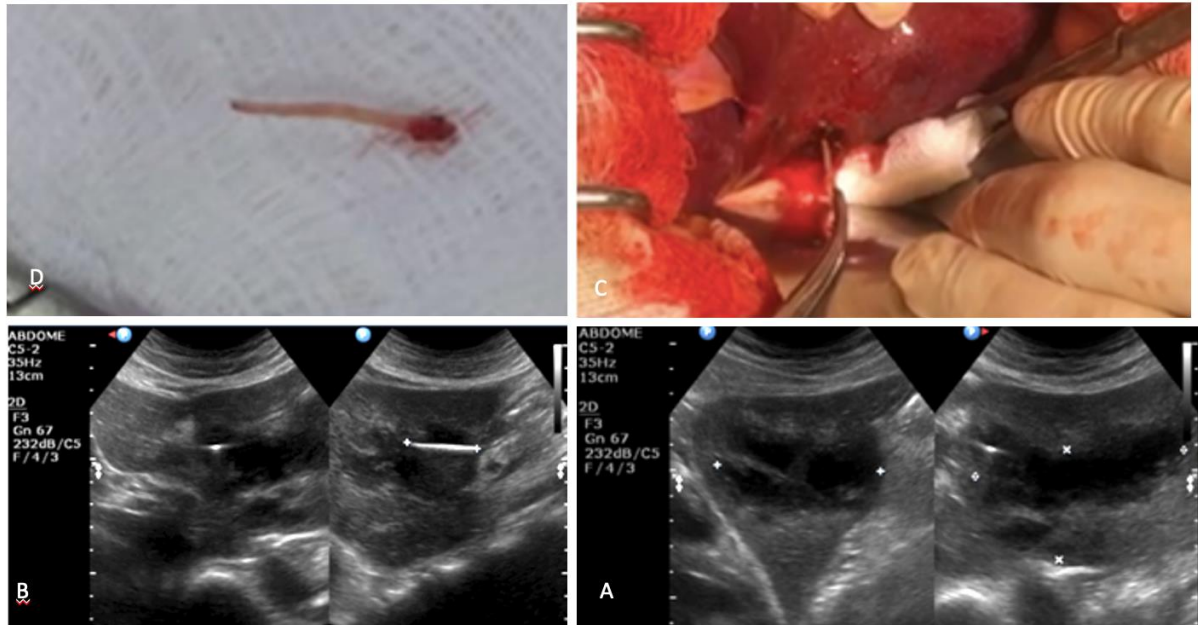
Alguns fatores aumentam a probabilidade do CE perfurar o intestino, como aderências que fixam o segmento intestinal que aloja o CE, doenças ou anomalias intestinais, processos inflamatórios crônicos, doenças diverticulares dos cólons, hérnias da parede abdominal e a presença de divertículo de Meckel¹¹.

O objeto pode perfurar o estômago ou intestino parcialmente produzindo uma cápsula com processo inflamatório, com poucos sintomas agudos, sendo descobertos apenas meses ou anos depois. Por isso, o grau de suspeição é limitado, já que os sintomas são variados e inespecíficos e a maior parte dos pacientes não relata prontamente a ingestão do CE^{3,12}.

Nestas situações, o quadro clínico é o de abdome agudo inflamatório, com peritonite localizada ou difusa, eventualmente com massa palpável ou complicações raras¹². Assim, o abscesso hepático apresenta-se como uma complicação da perfuração intestinal rara e de difícil diagnóstico.

Na formação do abscesso hepático, o local de penetração no trato gastrointestinal nem sempre pode ser identificado, mas, normalmente, decorre da perfuração do estômago, duodeno ou cólon transverso, com tamponamento pelo parênquima hepático ou penetração direta do CE. Usualmente, o CE aloja-se no lobo esquerdo do fígado, o que deve aumentar a suspeição diagnóstica quando identificado abscesso nesta região¹² (Figura 3).

Figura 3. Homem 57 anos, com história de dor em hipocôndrio direito há cerca de um mês, associado a febre e leucocitose com desvio à esquerda, sem recordar da ingestão de CE. (A) Imagens de ultrassonografia, plano longitudinal (à esquerda) e transversal (à direita) evidenciando volumosa lesão cística complexa no lobo esquerdo do fígado. (B) Imagens de ultrassonografia, plano transversal (à direita) e longitudinal (à esquerda), evidenciando imagem linear pontiaguda hiperecoica de permeio a lesão. (C e D) Imagens do procedimento cirúrgico de excisão do CE, revelando-se como espinha de peixe.



Fonte: banco de dados radiologia HRT (Hospital Regional de Taguatinga).

Após perfurar a parede intestinal o CE pode permanecer no local da perfuração, cair na cavidade peritoneal, retornar ao lúmen intestinal e provocar outra perfuração mais distal ou então ser eliminado sem provar outra lesão. A literatura registra casos de migração de CEs para o fígado, baço, pleura, coração e rins, após a perfuração intestinal¹¹.

O trato gastrointestinal é por vezes usado para contrabandear narcóticos ilícitos. Geralmente os CEs são embalados em pacotes artesanais, de plástico ou preservativos de látex, são ingeridos ou inseridos (via retal ou vaginal), e em seguida transportados⁹.

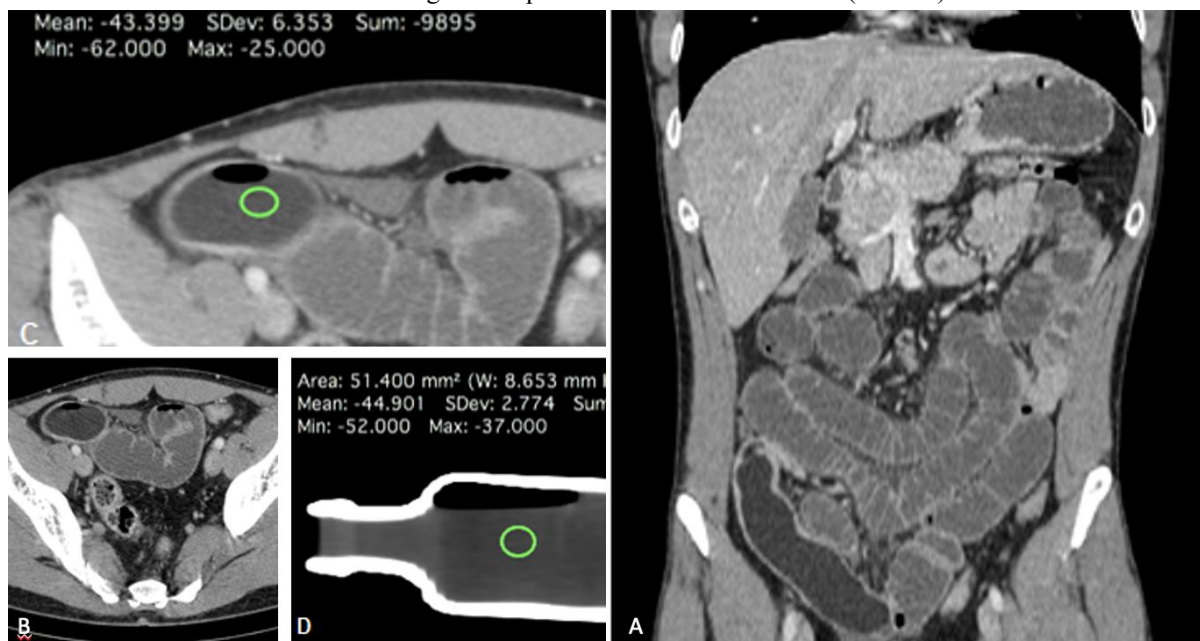
O transportador está em risco de intoxicação aguda por droga devido a ruptura da embalagem no interior do trato gastrointestinal, sendo muitas vezes fatal. Mesmo pacotes não danificados podem levar a intoxicação rápida porque o invólucro pode atuar como uma membrana semipermeável, permitindo que o fluido passe através da parede da embalagem, com consequente absorção⁹.

As principais complicações médicas deste tipo de contrabando são impactação esofágica, obstrução intestinal e toxicidade aguda. As obstruções intestinais ocorrem em pouco menos de 10% dos casos³.

O radiologista deve suspeitar de um diagnóstico de CE por drogas ilícitas quando houver relato do paciente ou suspeita de tráfico, sinais de intoxicação ou obstrução do trato digestivo na história clínica⁹.

Imagens uniformes de múltiplos objetos alongados intraluminais, frequentemente cercado por gás intestinal e com uma camada fina de ar entre a parede do invólucro e o seu conteúdo, são sugestivas de pacotes de drogas^{3,7}. Nos casos de ingestão de drogas no estado líquido é comum observar a formação de nível hidroaéreo devido a presença de gás no interior do invólucro (Figura 4).

Figura 4. Homem, 33 anos, presidiário cumprindo pena em regime semiaberto, apresentando dor abdominal tipo cólica de forte intensidade após ingestão de preservativo contendo vodca. (A) Imagem coronal de TC do abdome, com contraste endovenoso, evidenciando CE hipodenso, moldando-se às alças de delgado na fossa ilíaca direita, determinando distensão líquida de alças intestinais a montante. (B e C) Imagens axiais e TC com contraste endovenoso evidenciando CE com nível hidroaéreo e densidade tomográfica de aproximadamente -43 unidades de Hounsfield (UH). (D) Experimento ilustrativo: Imagem de TC de uma garrafa contendo vodca, evidenciando densidade tomográfica equivalente ao conteúdo do CE (-44 UH).



Fonte: banco de dados radiologia HRT (Hospital Regional de Taguatinga).

3.3 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Artigos cirúrgicos que são inseridos no corpo de um paciente são comuns após cirurgias, mesmo quando todas as precauções e medidas preventivas são tomadas. A retenção de corpos estranhos intracavitários após a cirurgia é um problema relativamente comum, com uma incidência de 0,15% a 0,20%¹³, ou seja, um caso a cada 1.000 a 1.500 laparotomias, podendo resultar em uma taxa de mortalidade de até 18%⁹. Para evitar que esse evento iatrogênico ocorra,

práticas como o uso de compressas marcadas, a verificação do número delas antes e após o procedimento cirúrgico e a não utilização de gases podem ser adotadas para reduzir a ocorrência desse problema¹. Existe, basicamente, dois tipos de materiais hemostáticos utilizados em cirurgias, os absorvíveis e os não absorvíveis, que quando esquecidos dentro do corpo, originam gossipibomas¹³.

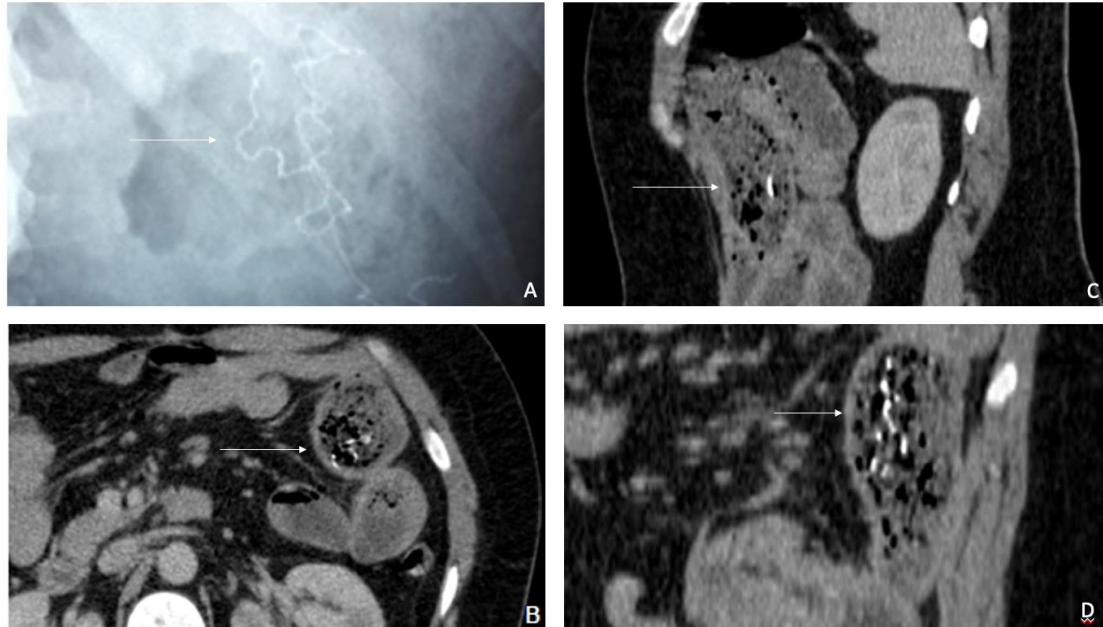
Os gossipibomas representam um problema temerário na medicina, pois além das complicações para o paciente, impacta a relação médico-paciente e repercute em processos legais. A radiologia desempenha um papel diagnóstico importante, que muitas vezes é um achado inesperado e sem ligação com os sintomas⁹, representando um desafio para o radiologista.

Em razão da sua dinâmica, a investigação para gossipiboma inicia-se a partir de queixas como dor abdominal, massa palpável, obstrução intestinal, fístulas ou como parte de exames de imagem rotineiros pós-operatórios. Porém, por vezes podem resultar de achados incidentais, anos após uma intervenção cirúrgica.

A radiografia convencional é amplamente usada para identificar o gossipiboma, observados por marcadores radiopacos em sua composição, podendo ser linear radiodensa, irregular ou serpinginosas, associadas ou não a aumento de volume e densidade das partes moles adjacentes. Na TC, os gossipibomas são identificados como uma massa de contornos bem definidos, com densidade de tecidos moles, alta densidade ou mesmo mista, podendo conter no seu interior bolhas de ar e cápsula de alta densidade que apresenta realce na fase pós-contraste¹³.

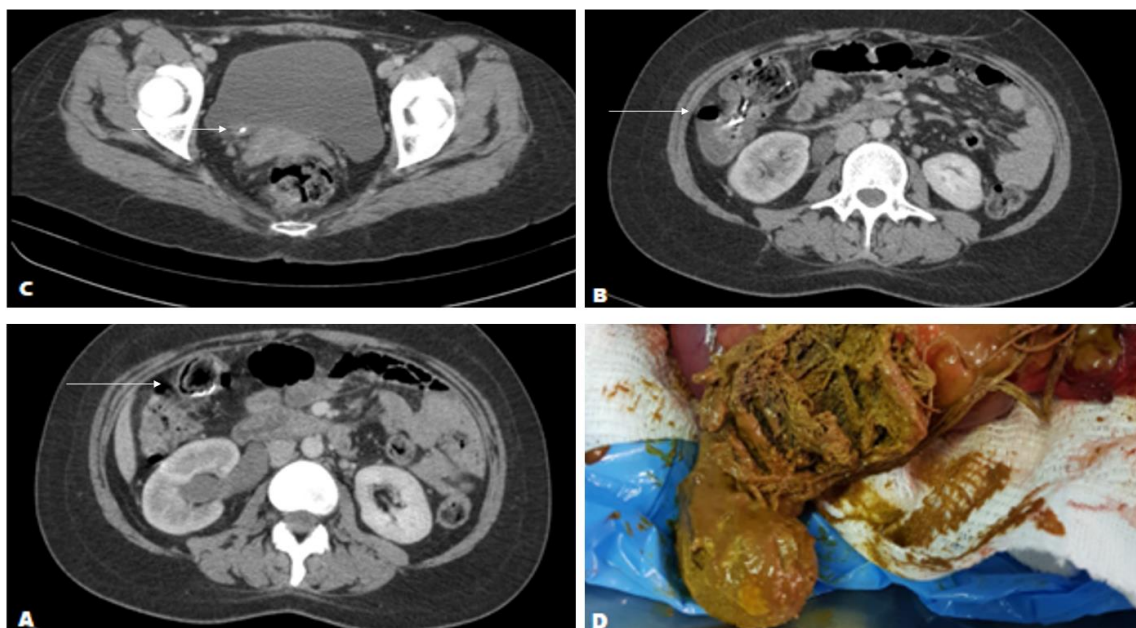
Raramente, a migração transmural do CE para o espaço intra-abdominal (lúmen intestinal) ocorre (Figuras 5 e 6).

Figura 5. Adulto do sexo masculino, 36 anos, com dor abdominal, vômitos e histórico de laparotomia prévia. (A) Radiografia simples do abdome na incidência anteroposterior evidenciando imagem radiodensa de aspecto serpentina projetada no hemiabdomo esquerdo sugestivo de marcador radiopaco de compressa. (B e C) TC do abdome, com contraste endovenoso, nos planos axial e sagital, respectivamente, com janela de partes moles, evidenciando gossipiboma – massa com densidade de partes moles contendo gás e material radiodenso de permeio – no interior de alça intestinal, determinando leve distensão líquida de alças a montante. (D) Imagem coronal de TC do abdome, com janela de partes moles, evidenciando sinais de intussuscepção intestinal a jusante ao gossipiboma.



Fonte: banco de dados radiologia HRT (Hospital Regional de Taguatinga).

Figura 6. Paciente 41 anos, com história de parto cesáreo há 3 anos, apresentando dor inespecífica em flanco e fossa ilíaca direita. (A e B) Imagens axiais de TC do abdome, com contraste endovenoso, evidenciando imagem em “miolo de pão” intraluminal no cólon ascendente (cabeça de seta), associado a material linear hiperdenso (seta), sugestiva de gossipiboma com migração transmural. (C) Nota-se ainda que a paciente apresentava hidronefrose à direita (cabeça de seta), devido à cálculo impactado na JUV ipsilateral (seta). (D) Imagem do procedimento cirúrgico, pós incisão do cólon ascendente, revelando material com aspecto de compressa e resíduo intestinal.

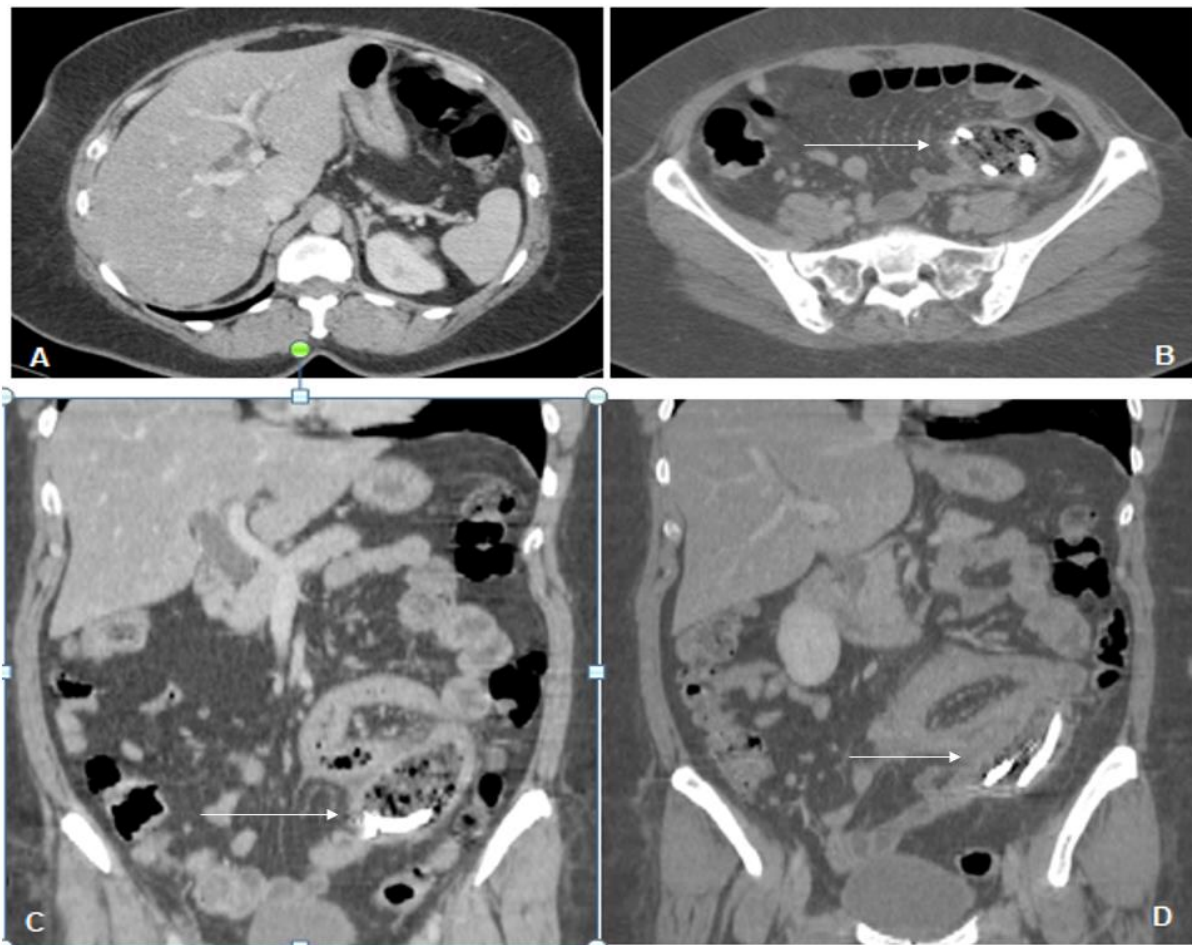


Fonte: banco de dados radiologia HRT (Hospital Regional de Taguatinga).

Desta forma, o gossibipoma transluminal apresenta-se como diagnóstico diferencial entre a ingesta e a migração transmural de CEs, devendo o radiologista estar ciente das diversas apresentações dos gossipibomas para estar apto a interagir com a equipe médica propondo estratégias que auxiliem a investigação diagnóstica e a terapêutica.

Ainda como diagnóstico diferencial tem-se a migração de tubos, *stents* ou endopróteses pelo trato gastrointestinal, que podem imitar outros objetos estranhos. A colocação de um *stent* biliar ou endoprótese, por exemplo, é um procedimento bastante utilizado para tratar afecções hepáticas, biliares e/ou pancreáticas. A migração destes dispositivos é uma complicação rara, mas ocorre em até 6% dos casos⁹ (Figura 7).

Figura 7. Paciente de 53 anos, com dor e distensão abdominal, associado a vômitos e história progressiva de colecistectomia, histerectomia e colangiopancreatografia endoscópica retrógrada com passagem de endoprótese biliar. (A) Imagem axial de TC do abdome, com contraste endovenoso, evidenciando dilatação das vias biliares intra-hepáticas. (B, C e D) Imagem axial e coronais de TC do abdome, com contraste endovenoso, evidenciando imagem hiperdensa de aspecto linear e tortuoso localizado no interior de segmento de alça jejunal, o qual exibe leve dilatação com resíduo fecal em seu interior, correspondendo a prótese biliar migrada. Observa-se ainda dilatação do colédoco (C).



Fonte: banco de dados radiologia HRT (Hospital Regional de Taguatinga).

4 DISCUSSÃO

A ingestão de CE pode ser acidental (mais comum) ou proposital. As crianças são responsáveis por 80% dos casos, sendo os objetos mais comumente ingeridos por elas moedas, pilhas, botões, parafusos e peças de brinquedos. Nos adultos, quatro grupos são identificados: pacientes com deficiências mentais, psiquiátricos ou suicidas; pacientes com comportamento sexual incomum; pacientes manipulativos ou com problemas situacionais prejudiciais, tais como: abuso de álcool e drogas e em envolvimento com atividades criminosas; e pacientes com ingestão acidental^{3,5,6}.

As manifestações clínicas imediatas são: dor epigástrica (55%), vômitos (16%), disfagia (7%), desconforto faríngeo (4%) e dor no peito (3%). Em portadores de deficiências mentais, os sintomas podem incluir ainda asfixia, recusa alimentar, hipersalivação e angústia respiratória. Porém, 30% dos pacientes não apresentam sintomas⁷.

Assim, o diagnóstico geralmente é de suspeição em pessoas com história positiva para a ingestão de CE, já que o exame físico pouco contribui, a não ser em casos de complicações onde geralmente há um longo período assintomático entre a ingestão e os sintomas que habitualmente são inespecíficos e variáveis^{3,4}.

Exames de imagem devem ser realizados não somente para o diagnóstico, mas também para avaliar localização, tipo, possível complicação, necessidade de intervenções e triagem de exames de ressonância magnética. Para isto, são utilizados exames ultrassonográficos, radiológicos simples e/ou contrastados e a TC.

A indicação para radiografia pode ser para diagnóstico inicial ou acompanhamento de eliminação. Inicialmente as radiografias podem confirmar os objetos, a localização, o tamanho, a forma e o número de CE ingeridos, caso sejam radiopacos. Entretanto, CE radiotransparentes são dificilmente visualizados por este método⁷. Radiografias em série podem ser realizadas para monitorar a passagem de objetos radiopacos ingeridos através do trato gastrointestinal.

Quando o CE é visível ao exame físico ou a história clínica é clara, o diagnóstico é simples. Contudo, nem sempre o objeto é visto externamente e o paciente não relata a ingestão de CE, poucos apresentam sintomas e muitos não tem consciência da ingestão. Assim, o diagnóstico clínico torna-se complexo, necessitando de exames de imagem para o diagnóstico⁸.

Por meio de radiografia simples pode-se identificar CE verdadeiros ou sinais indiretos da sua presença em complicações, como pneumoperitônio, pneumomediastino e obstruções intestinais⁴. A TC pode ser considerada um instrumento sensível para a detecção de CE sendo utilizada para proporcionar uma informação mais precisa. Porém assim como na radiografia, a facilidade de detecção está relacionada com a atenuação do objeto. Além disso, a visualização

também depende das densidades dos objetos, dos tecidos circundantes e da presença e quantidade de ar⁹.

5 CONCLUSÃO

A identificação de CE pode ser, por vezes, desafiadora. Exames de imagem podem frequentemente visualizar diretamente os objetivos ingeridos, sendo capaz de descrever suas dimensões, natureza, estrutura e localização no paciente. O conhecimento desses parâmetros é crucial no diagnóstico correto e gestão do tratamento.

Por meio de radiografia simples pode-se identificar CEs verdadeiros ou sinais indiretos da presença de um CE complicado. A TC pode ser útil, embora não detecte objetos radioluscentes.

Assim, o radiologista precisa estar familiarizado com os diferentes objetos estranhos que podem ser encontrados em exames de imagem, não somente de objetos ingeridos, mas também os adquiridos, através da migração transmural de gossipiboma ou deslocamento de dispositivos, como as endopróteses, facilitando o diagnóstico diferencial e compreendendo suas implicações.

Os radiologistas devem ter cautela na busca por CEs, não se sentindo satisfeitos ao encontrar um CE, devem continuar a análise das imagens em busca de mais CEs. Em crianças, pacientes psiquiátricos e presidiários, um estudo radiológico mais detalhado a partir da base do crânio até a o ânus pode ser necessário.

REFERÊNCIAS

1. Costa LJB, Moreira RCL, De Carvalho MG. Artigo gossipiboma intra-abdominal e checklist: relato de caso / Article intra-abdominal gossypiboma and checklist: case report. *Braz J Hea Rev*. 18 de fevereiro de 2022;5(1):3293–7.
2. Dadá MSAC, Dadá AHM, Dadá ZMS. Unusual case of intentional ingestion of foreign body in patient with mental retardation: Caso incomum de ingestão intencional de corpo estranho em paciente com transtorno mental. *Braz J Hea Rev* [Internet]. 31 de agosto de 2022 [citado 17 de outubro de 2023];5(4):17069–74. Disponível em: <https://brazilianjournals.com/ojs/index.php/BJHR/article/view/51637>
3. Hunter TB, Taljanovic MS. Foreign Bodies. *RadioGraphics*. 2003; 23: 731-757. Disponível em: doi: 10.1148/rg.233025137
4. Castro DV, Ortiz MA, Luz M, et al. Ingestão de corpo estranho atípico em paciente psiquiátrico: relato de caso. *ABCDEpress*. 2018;1(1):1 Disponível em: <https://ucamp.org.br/revista-medica/interna/75>
5. Nandury CE, Boppana S, Mallula BV, et al. Foriegnbodies in the abdômen – common, not so common and the exotic. *European Society of Radiology*. 2014: 01-35. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1594/ecr2014/C-1458>
6. Nagel G, Silveira GC, Fornasa Junior LC, et al. Corpo estranho no trato digestivo superior: relato de caso. *Arquivos Catarineses de Medicina*. 2006; 35(3): 27-28. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-445493>
7. Guelfguat M, Kaplinskiy V, Reddy SH, et al. Clinical Guidelines for Imaging and Reporting Ingested Foreign. *American Journal do Roentgenology*. 2014; 203: 37-53. Disponível em: <https://doi.org/10.2214/AJR.13.12185>
8. Corrêa DG, Salata TM, Teixeira LSC, et al. Corpo estranho incomum: galho de árvore. *Radiolgia Brasileira*. 2016; 49(5): 340-346. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0111-3984.2015.0182>.
9. Gayer G, Petrovitch I, Jeffrey RB. Foreign Objects Encountered in the Abdominal Cavityat CT. *Radiographics*. 2011; 31: 409-428. Disponível em: <https://doi.org/10.1148/rg.312105123>
10. Frizzarini R, Wiikmann C, Imamura R, et al. Achados Radiológicos de Corpo Estranho de Esôfago. Limitação da Radiografia Simplespara o Diagnóstico Diferencial com Abscesso Retrofaríngeo. *Int Arch Otorhinolaryngol*. 2003, 7(4): 254. Disponível em: https://arquivosdeorl.org.br/additional/acervo_port.asp?id=254
11. Waisberg J, Bromberg SH, Assis LA, et al. Perfuração do intestinodelgado por corpoestranho - Relato de 5 casos. *Revista Brasileira de Colo-Proct*. 1997; 1(3): 194-197. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-206857>
12. Silva WLF, Indiani JMC, Martin MF, Bruno RC, Szutan LA, Nacif MS. Qual o seudiagnóstico? *Radiologia Bras*. 2013; 46(1). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rb/a/HWbf69ctKLCSBb67rBGYhMr/?lang=pt&format=pdf>

13. Chagas Neto FA, Agnollitto PM, Mauad FM, Barreto ARF, Muglia VF, Elias Jr J. Avaliação por imagem dos gossipibomas abdominais. *Radiologia Brasileira*. 2012; 45(1): 53-58. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-39842012000100012>