

---

## PERFURAÇÃO DO TRATO GASTROINTESTINAL POR CORPO ESTRANHO: RELATO DE MÚLTIPLOS CASOS

MILHOMEM, Fred Borges<sup>1</sup>

SOUSA, Yasmin Nogueira de<sup>2</sup>

BARBOSA, Erick Camargo Franco<sup>2</sup>

BARBOSA, Aldo Benjamim Rodrigues<sup>3</sup>

---

Recebido em: 2024.03.18

Aprovado em: 2024.04.28

ISSUE DOI: 10.3738/1982.2278.4164

---

**RESUMO:** A ingestão de corpos estranhos é frequente e pode ocasionar uma sintomatologia variada, muitas vezes inespecífica, que pode incluir desde perfuração, peritonite, plastrão inflamatório, obstruções e hemorragias. Apesar da maioria dos casos serem caracterizados pelos métodos de imagem mais convencionais, grande parte dos diagnósticos só serão feitos durante o ato operatório. O presente estudo relata quatro casos de perfuração do Trato Gastrointestinal ocasionada por espinha de peixe, com apresentações clínicas diversas e cujo diagnóstico pré-operatório foi realizado por exames imagiológicos, com destaque para a ultrassonografia e tomografia computadorizada do abdome. Já o processo de abordagem diagnóstica e interventiva variou desde a utilização da via endoscópica e videolaparoscópica até a laparotômica, além disso.

Palavras Chaves: Perfuração do trato gastrointestinal, Espinha de Peixe, Abdome Agudo.

### PERFORATION OF GASTROINTESTINAL TRACT BY FOREIGN BODY: RELATE REPORT

**SUMMARY:** The ingestion of foreign bodies is a common problem in clinical practice and can be characterised by imaging methods, but most diagnoses are made during surgery. Less than 1% of patients will experience perforation. Clinical manifestations are varied and include: perforation, peritonitis, inflammatory plastron, obstructions and hemorrhages. We report four cases of GIT perforation caused by fishbone, with the preoperative diagnosis made by ultrasound and computed tomography of the abdomen, followed by successful endoscopic and video laparoscopic intervention, as well as an objective review of the literature.

**Keywords:** Foreign Body; Perforation of the gastrointestinal tract; Fish Bone; Acute Abdomen.

---

### INTRODUÇÃO

A ingestão de corpos estranhos é um problema comum na prática clínica e pode ser caracterizada pelos métodos de imagem, mas grande parte dos diagnósticos é feito durante o ato operatório (Kuo *et al.*, 2012). Menos de 1% dos pacientes apresentará perfuração (Kuo *et al.*, 2012; Goh *et al.*, 2006; Maglinte; Taylor; Ng, 1979). As manifestações clínicas são variadas e incluem: perfuração, peritonite, plastrão inflamatório, obstruções e hemorragias (Maglinte; Taylor; Ng, 1979).

O estudo relatou quatro casos de perfuração do Trato Gastrointestinal (TGI) ocasionada por espinha de peixe, com diagnóstico pré-operatório realizado pela ultrassonografia e tomografia computadorizada do abdome, seguida por intervenção endoscópica e videolaparoscópica bem sucedida.

---

<sup>1</sup> Interno de Medicina – Santa Casa de Misericórdia de Ituverava

<sup>2</sup> Graduando(a) Centro Universitário São Lucas - Porto Velho. Internato - Santa Casa de Misericórdia de Ituverava.

<sup>3</sup> Médico Radiologista- Santa Casa de Ituverava. Doutorando - Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Departamento de Imagens Médicas, Hematologia e Oncologia Clínica.

---

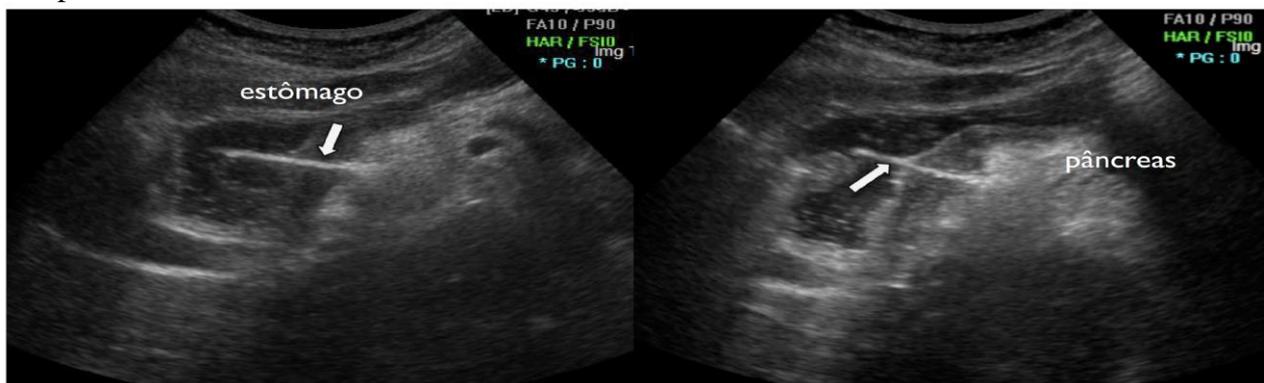
## RELATO DE CASOS

*Caso 1.* Paciente feminino, 67 anos, refere dor epigástrica sem irradiação há 7 dias.

Achados de Imagem:

A ultrassonografia do abdome total evidenciou discreto espessamento parietal do antro gástrico associado à imagem linear ecogênica, que transfixava a parede posterior do estômago em direção ao retroperitônio (figura 1).

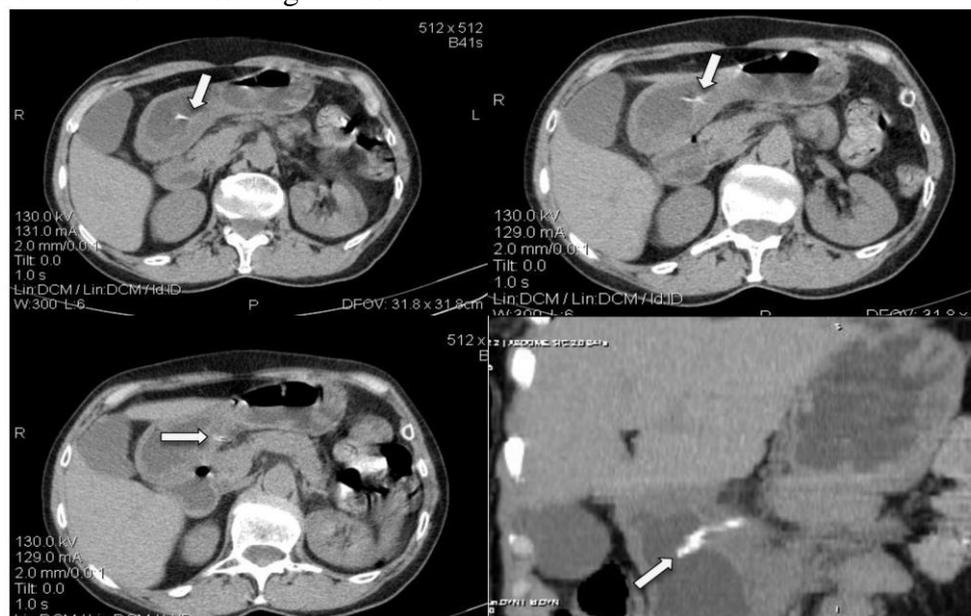
**Figura 1.** Cortes ultrassonográficos do abdome superior com transdutor convexo e estômago repleto de água mostram imagem linear ecogênica compatível com corpo estranho (seta), que transfixa a sua parede posterior gástrica que esta discretamente espessada em direção ao retroperitônio.



Fonte: Arquivo Pessoal

A tomografia sem contraste venoso e com contraste negativo confirmou os achados ultrassonográficos, além de caracterizar pequenas bolhas de “ar” no retroperitônio, adjacente ao pâncreas (figura 2).

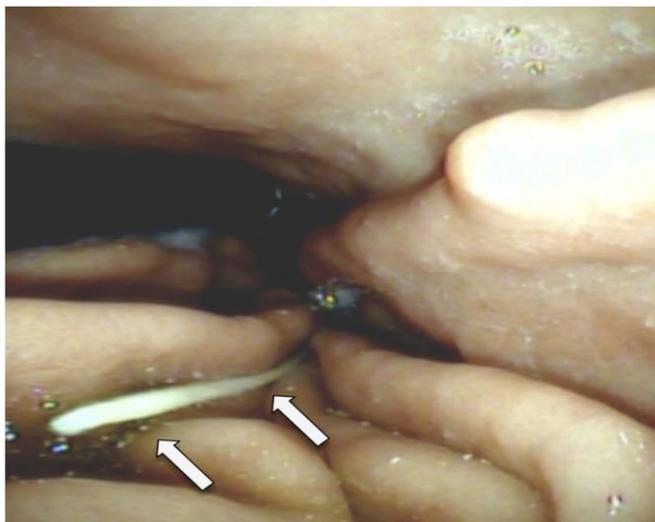
**Figura 2.** Cortes tomográficos axiais e reconstrução sagital do abdome superior mostram imagem linear (seta), transfixando a parede posterior do estômago em direção ao retroperitônio confirmando achados ultrassonográficos.



Fonte: Arquivo Pessoal

A retirada do corpo estranho (espinha de peixe) foi realizada por endoscopia digestiva alta (figura 3) e administrado antibioticoterapia profilática.

**Figura 3.** Endoscopia Digestiva Alta evidenciando espinha de peixe na parede posterior do estômago (setas).



Fonte: Arquivo Pessoal

*Caso 2.* Paciente feminino, 33 anos, referia dor em baixo ventre à esquerda, com irritação peritoneal e leucograma com desvio à esquerda.

Achados de Imagem:

A ultrassonografia abdominal mostrou plastrão inflamatório em fossa ilíaca esquerda, com aumento da ecogenicidade locorregional e dor à compressão com transdutor. No interior destas alterações, notou-se imagem linear ecogênica, que poderia corresponder a corpo estranho (figura 4).

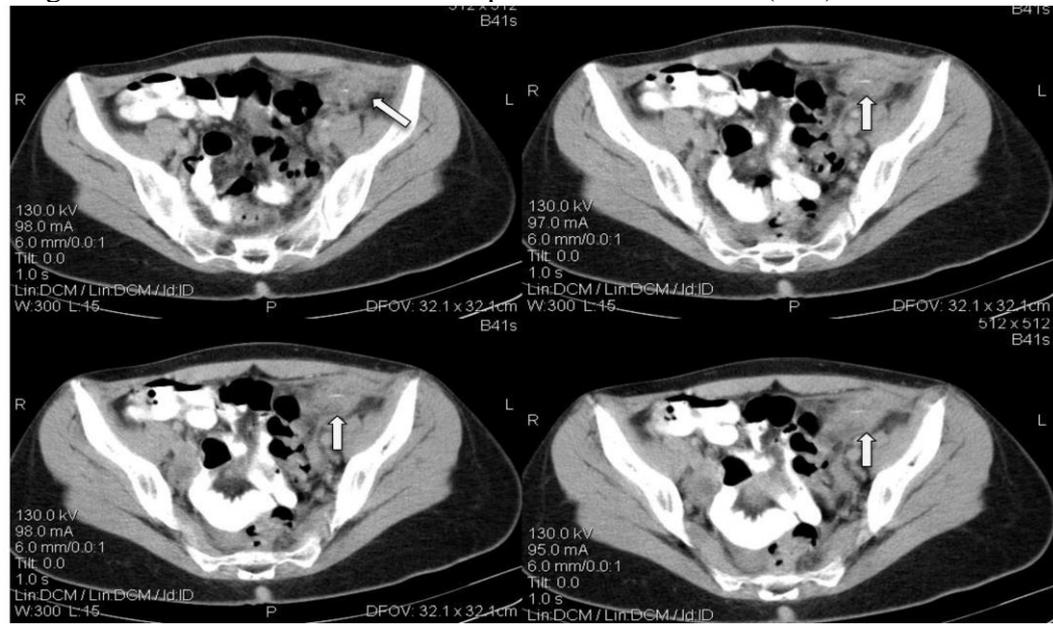
**Figura 4.** Imagens ultrassonográfica da fossa ilíaca esquerda com transdutor linear mostram imagem linear ecogênica em meio a barramento e aumento de ecogenicidade locorregional.



Fonte: Arquivo Pessoal

Os cortes tomográficos axiais com contraste oral e venoso evidenciaram densificação da gordura junto ao sigmoide, com imagem linear hiperdensa no seu interior, sugerindo abscesso pericolônico por corpo estranho (figura 5).

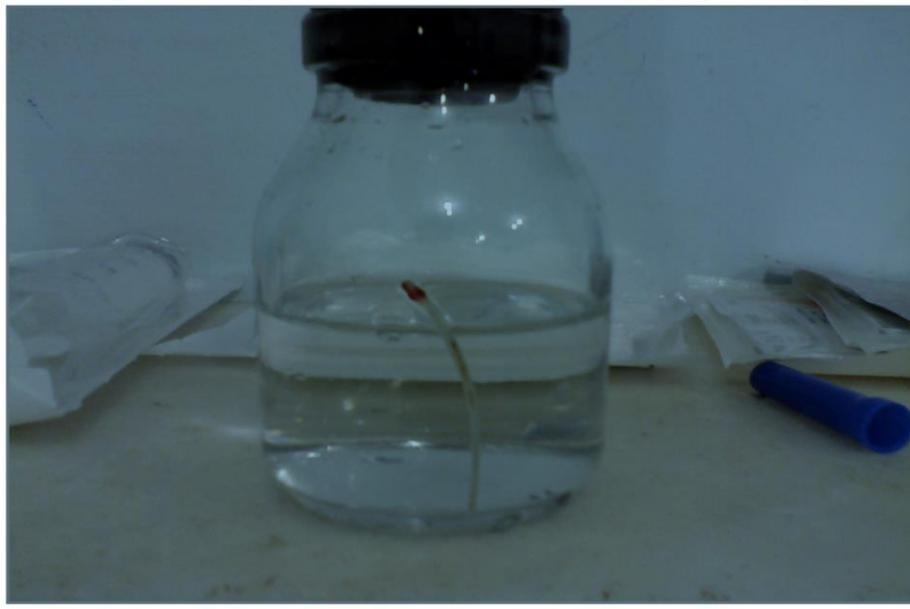
**Figura 5.** Cortes tomográficos axiais do abdome inferior mostram imagem linear localizada em meio ao plastrao inflamatório (seta).



Fonte: Arquivo Pessoal

Realizou-se videolaparoscopia, caracterizando-se espinha de peixe junto ao colo sigmoide. (figura 6).

**Figura 6.** Espinha de peixe retirada por vídeo laparoscopia.



Fonte: Arquivo Pessoal

*Caso 3.* Paciente masculino, 77 anos, refere algia abdominal em fossa ilíaca direita, de forte intensidade, há 12h.

Achados de Imagem:

A tomografia de abdome total sem contraste evidenciou densificação no tecido gorduroso na fossa ilíaca direita, destacando artefato transfixando parcialmente a alça ileal (figura 7).

**Figura 7.** Artefato Transfixando alça ileal



Fonte: Arquivo Pessoal

Não se observando coleções, descartando a hipótese de abdome agudo inflamatório. Foi discutido o caso entre o serviço da cirurgia geral e a radiologia, que optaram pela realização de videolaparoscopia diagnóstica, sendo detectada e retirada a espinha de peixe do íleo terminal (figura 8) com enterorrafia da lesão.

**Figura 8.** Objeto perfurante em região de íleo terminal



**Figura 9.** Corpo estranho - Espinha de Peixe



Fonte: Arquivo Pessoal

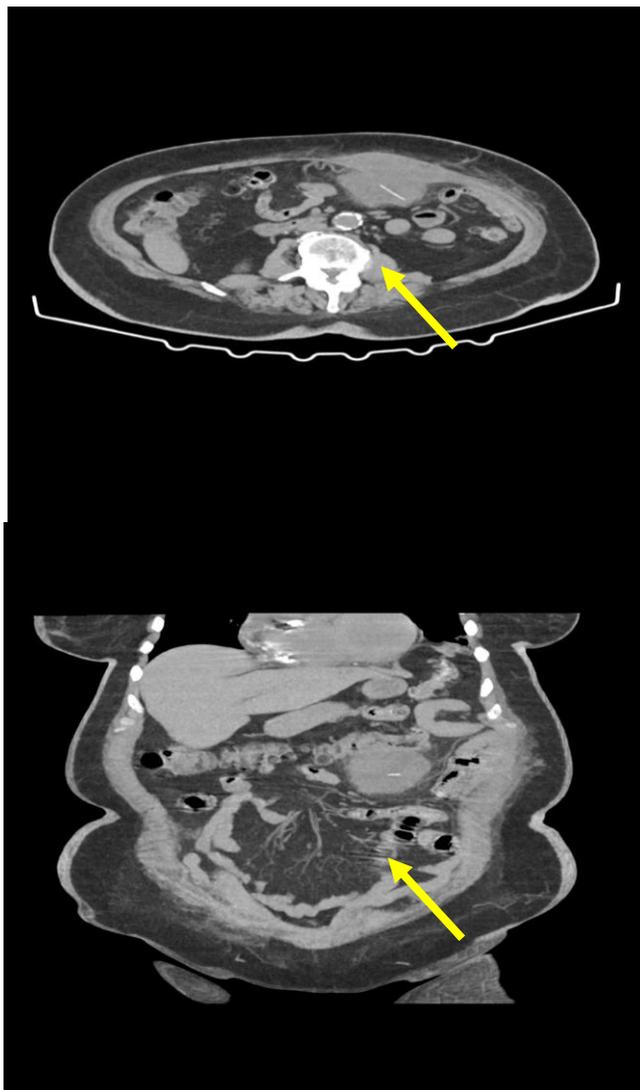
*Caso 4.* Paciente feminino, 75 anos, refere algia abdominal há 14 dias, associado a febre e plastrão palpável em hipocôndrio esquerdo, com descompressão brusca positiva.

Achados de Imagem:

A tomografia de abdome total sem contraste evidenciou formação isodensa parcialmente

abscesada medindo 5,8 cm no maior eixo, com imagem linear hiperdensa no interior medindo 2,7 cm sugestivo de corpo estranho (figura 10), em íntimo contato com cólon transverso e parede abdominal que se apresenta edemaciada. Realizou-se laparotomia com incisão mediana xifo umbilical, demonstrando abscesso entre epíplon, parede abdominal e cólon transverso, com presença de corpo estranho no interior compatível com espinha de peixe. Feito colorrafia em transverso, ressecção do epíplon e ileostomia.

**Figura 10.** Corpo estranho em região de cólon transverso



Fonte: Arquivo Pessoal

## DISCUSSÃO

Dentre os corpos estranhos ingeridos acidentalmente, as espinhas de peixe são os mais frequentemente encontrados (Saad; Ismail; Khuder, 2010). Eles representam aproximadamente 70% dos casos de corpo estranho, sendo mais frequentemente encontrados em indivíduos orientais, por razões ligadas à cultura culinária, edentados e em crianças (Kuo *et al.*, 2012; Goh *et al.*, 2006). O diagnóstico de perfuração por espinha exige perspicácia, sendo na maioria dos casos realizado durante a laparoscopia (Kuo *et al.*, 2012).

A maioria dos corpos estranhos percorre o TGI livremente em até uma semana. A perfuração pode ocorrer por toda a sua extensão, sendo mais comum nos locais de angulações abruptas como: a válvula íleocecal e na transição retossigmoide (Goh *et al.*, 2006). Costuma ser uma microperfuração que pode evoluir para peritonite e, em casos mais extremos, a sepse (Kuo *et al.*, 2012). O acometimento do cólon apresenta uma evolução menos insidiosa, com uma progressão clínica mais lenta, devido a natureza relativamente neutra e não erosiva do conteúdo colônico, com a formação de uma peritonite bacteriana secundária e abscesso pericolônico (Kuo *et al.*, 2012).

Os principais fatores de riscos estão relacionados a idosos edentados, pessoas com sensibilidade do palato reduzida ocasionada por dentaduras, crianças, alcoólatras e pacientes psiquiátricos (Goh *et al.*, 2006; Maglinte; Taylor; Ng, 1979; Hunter; Taljanovic, 2003). A presença de um fator dentário está relacionada com a ingestão de corpo estranho em cerca de 80% dos casos (Goh *et al.*, 2006).

A radiografia simples é considerada inespecífica para o diagnóstico, pois as espinhas de peixe não são radiopacas em exames radiográficos de rotina. Apresentam uma sensibilidade de 32% em estudos retrospectivos, sendo que a utilização de técnicas de baixa Kilovoltagem facilita o diagnóstico (Goh *et al.*, 2006; Maglinte; Taylor; Ng, 1979; Hunter; Taljanovic, 2003). Os principais achados de imagens quando presentes consistem na dilatação de alças intestinais com níveis líquidos escalonados. A identificação do pneumoperitônio é de difícil visualização nos estudos de revisão, pois o orifício é muito pequeno, sendo recoberto por fibrina, omento e bloqueado por alças intestinais adjacentes (Goh *et al.*, 2006).

A ultrassonografia com utilização da repleção gástrica com água antes do exame é útil, pois possibilita o estudo de seu conteúdo, além de promover uma melhora da janela acústica utilizada para o estudo do retroperitônio.

A tomografia computadorizada é o exame de eleição e se caracteriza por: espessamento de alças intestinais, pneumoperitônio e infiltração gordurosa adjacente (Goh *et al.*, 2006). Em situações mais avançadas, podem ocorrer abscesso locorregional e obstrução intestinal. A espinha de peixe apresenta-se como imagem linear e hiperdensa, circundada por processo inflamatório (Goh *et al.*, 2006, Saad; Ismail; Khuder, 2010).

A sensibilidade na detecção pela tomografia está em torno de 70% e, no estudo retrospectivo, em torno de 100% (Goh *et al.*, 2006). Um potencial limite ao método está na espessura de corte, na orientação das espinhas, na capacidade de realização de reconstruções multiplanares, na utilização de contraste oral positivo pode obscurecê-las, na utilização de contraste venoso que pode ser confundido com estrutura vascular (Goh *et al.*, 2006).

A antibioticoterapia é o tratamento padrão ouro nos casos de perfuração gastrointestinal

(Kuo *et al.*, 2012).

## CONCLUSÃO

A espinha de peixe é o corpo estranho ingerido mais comum e sua principal complicação é a perfuração do trato gastrointestinal, cujo diagnóstico é complexo, devido ao amplo espectro de apresentação clínica. A grande maioria dos diagnósticos é realizada por laparoscopia, porém os métodos de imagem são fundamentais para o planejamento pré-operatório de suas possíveis complicações, desde que sejam utilizados técnica e protocolo adequado (Kuo *et al.*, 2012; Goh *et al.*, 2006).

## REFERÊNCIAS

GOH BK, TAN YM, LIN SE, CHOW PK, CHEAH FK, OOI LL, WONG WK. CT in the preoperative diagnosis of fish bone perforation of the gastrointestinal tract. **AJR Am J Roentgenol.** v. 187, n.3, p.710-4, 2006. doi: 10.2214/AJR.05.0178. PMID: 16928935.

HUNTER TB, TALJANOVIC MS. Foreign Bodies. **RadioGraphics.** v.23, n.3, p.731-757, 2003. <https://radiopaedia.org/articles/foreign-body-1>

KUO CC, JEN TK, WEN CH, LIU CP, HSIAO HS, LIU CA, CHEN KH. Medical treatment for a fish bone-induced ileal micro-perforation: A case report. **World J Gastroenterol** v.18, n.41, p.5994-5998, 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3491611/>

MAGLINTE, D.D.; TAYLOR, S.D.; NG, A.C. Gastrointestinal perforation by chicken bones. **Radiology.** v.130, n.3, p.597-9, mar.1979. doi: 10.1148/130.3.597. PMID: 570715 .

SAAD SK, ISMAIL TM, KHUDER HA. Small bowel perforation secondary to fish bone ingestion. **Bahrain Medical Bulletin** v.32, n.4, 2010. Disponível em: [https://www.bahrainmedicalbulletin.com/december\\_2010/smallbowel\\_perforation.pdf](https://www.bahrainmedicalbulletin.com/december_2010/smallbowel_perforation.pdf)