

## ABDOME AGUDO PERFURATIVO POR CORPO ESTRANHO

Gastrointestinal , Emergência

---

### Dados do Caso

<b>Data submissão:</b>	30/04/2020
<b>Data publicação:</b>	27/01/2021
<b>Seção :</b>	Ensino
<b>Tipo de Caso :</b>	Tipo Caso 1
<b>Autor:</b>	Renan Kinoshita Suguino - FLEURY MEDICINA DIAGNÓSTICA - HOSPITAL SÃO LUIZ Rafaelle Machado De Vargas - FLEURY MEDICINA DIAGNÓSTICA - HOSPITAL SÃO LUIZ Laíza Alcure Dias Scussulin - FLEURY MEDICINA DIAGNÓSTICA - HOSPITAL SÃO LUIZ Davi Lemos Reial Santos - FLEURY MEDICINA DIAGNÓSTICA - HOSPITAL SÃO LUIZ
<b>Autor correspondente:</b>	-
<b>Dados do paciente :</b>	Masculino , 50 anos
<b>Palavras-Chave :</b>	Perfuração Intestinal, Reação a Corpo Estranho, Abdome Agudo
<b>URL:</b>	<a href="http://bradcasesold.brad.org.br/pt/Cases/CaseDetails/137">http://bradcasesold.brad.org.br/pt/Cases/CaseDetails/137</a>
<b>Link do Abstract no PUBMED:</b>	
<b>DOI :</b>	Ahead of DOI

### Resumo

Apresentação de um caso de abdome agudo perfurativo (AAP) por corpo estranho, em um paciente com dor abdominal na fossa ilíaca direita há 5 dias e suspeita clínica de apendicite. O achado de pneumoperitônio (protótipo dos abdome agudos perfurativos), pode muitas vezes não estar presente nestes casos. Espessamento parietal, densificação da gordura mesentérica adjacente e identificação do corpo estranho extraluminal são as chaves para o diagnóstico de AAP, mesmo na ausência de pneumoperitônio.

### Histórico Clínico

Paciente previamente hígido, com queixa de dor abdominal na fossa ilíaca direita há 5 dias, afebril, sem outras queixas. Paciente sem história de cirurgia progressa.

## Achados Radiológicos

Paciente submetido a uma tomografia computadorizada de abdome e pelve com o uso de contraste iodado endovenoso, evidenciando espessamento parietal do íleo terminal, apêndice cecal e ceco, associado a densificação da gordura mesentérica, espessamento da fásia lateroconal e pequena quantidade de líquido livre de permeio (figuras 1 e 2). Adjacente às alterações supracitadas, na gordura mesentérica da fossa ilíaca direita e em contato com a parede de uma alça ileal distal, foi evidenciado material espontaneamente hiperdenso (atenuação de 158UH), retilíneo, com dimensões de 3,4 x 0,2 cm (figuras 3 e 4). Não foi identificado pneumoperitônio.

## Discussão

A perfuração intestinal por corpo estranho é extremamente rara. Acredita-se que menos de 1% dos corpos estranhos ingeridos evolua com perfuração intestinal (1). Qualquer local do trato gastrointestinal pode ser perfurado, entretanto, os sítios mais comuns de perfuração são o íleo (em até 83% dos casos) (2), a região ileocecal e o retossigmoide, locais que além de apresentarem uma redução do calibre luminal, apresentam uma mudança na direção do trânsito entre uma porção móvel do mesocólon (íleo e sigmoide) e uma porção fixa retroperitoneal (ceco e reto) (1). Alguns fatores predisponentes à perfuração intestinal incluem a idade avançada, o uso de dentaduras (que reduz a sensibilidade tátil da superfície palatal vital para a identificação de corpos estranhos no meio do bolo alimentar)(3), alcoólatras e pacientes psiquiátricos (2). Geralmente, os corpos estranhos mais encontrados na perfuração intestinal são as espinhas de peixe, palitos de dente e ossículos de frango (1). A tomografia computadorizada é essencial na identificação do abdome agudo perfurativo por corpo estranho, sendo que os achados mais frequentemente encontrados foram o espessamento parietal no ponto de impactação do corpo estranho, associado a edema da gordura mesentérica adjacente (2). Alguns artigos referem que o pneumoperitônio - achado direto mais específico para o diagnóstico de abdome agudo perfurativo - não é um achado frequente, sendo identificado em menos de 50% dos casos(1,2). Alguns trabalhos referem que o tempo médio da ingestão até a perfuração é de aproximadamente 10,4 dias (4). Postula-se que nesses casos em que o objeto não progride pelo trato gastrointestinal em 3-4 semanas, um exsudato fibronoso reacional ao corpo estranho cause uma aderência à mucosa, e o objeto pode migrar para fora do lúmen intestinal para localizações como bexiga, fígado e cavidade peritoneal (4). Devido ao fato de a perfuração ser causada pela impactação e erosão progressiva do corpo estranho contra a parede intestinal, o local da perfuração geralmente é recoberto por fibrina, omento e outras alças intestinais, o que limita a passagem de grande quantidade de gás para a cavidade peritoneal (2). A acurácia da TC para identificação do local de perfuração intestinal é de cerca de 86% (2).

## Lista de Diferenciais

- Apendicite
- Diverticulite
- Gastroenterite
- Tiflíte

## Diagnóstico

- Abdome agudo perfurativo por corpo estranho

## Aprendizado

A perfuração intestinal por corpo estranho é um evento raro, e deve ser suspeitada em pacientes idosos e em uso de dentaduras. Embora trate-se de um quadro perfurativo, o achado de pneumoperitônio não é comum e o diagnóstico deve ser sugerido mesmo na sua ausência, desde que sejam encontrados outros comemorativos como a presença do espessamento parietal, densificação dos planos adiposos e a presença do corpo estranho (espinhas de peixe e ossos de galinha podem ser identificados à TC).

## Referências

- 1. 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.
- 2. Nicolodi GC, Trippia CR, et al . Intestinal perforation by an ingested foreign body. Radiol Bras, São Paulo , v. 49, n. 5, p. 295-299, Oct. 2016 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-39842016000500006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-39842016000500006&lng=en&nrm=iso)>. access on 30 Apr. 2020. <https://doi.org/10.1590/0100-3984.2015.0127>.
- 3. Maleki M, Evans WE. Foreign-body perforation of the intestinal tract. Report of 12 cases and review of the literature. Arch Surg. 1970;101:474–7.
- 4. Sarmast AH, Showkat HI, Patloo AM, et al. Gastrointestinal tract perforations due to ingested foreign bodies; a review of 21 cases. BJMP. 2012;5:a529.

## Imagens



Figura 1. TC do abdome com contraste endovenoso no plano axial, na fase portal, evidenciando densificação dos planos mesentéricos na fossa ilíaca direita, associado a espessamento da fáscia lateroconal, pequena quantidade de líquido adjacente e dimensões limítrofes do apêndice cecal, provavelmente reacional (seta branca).

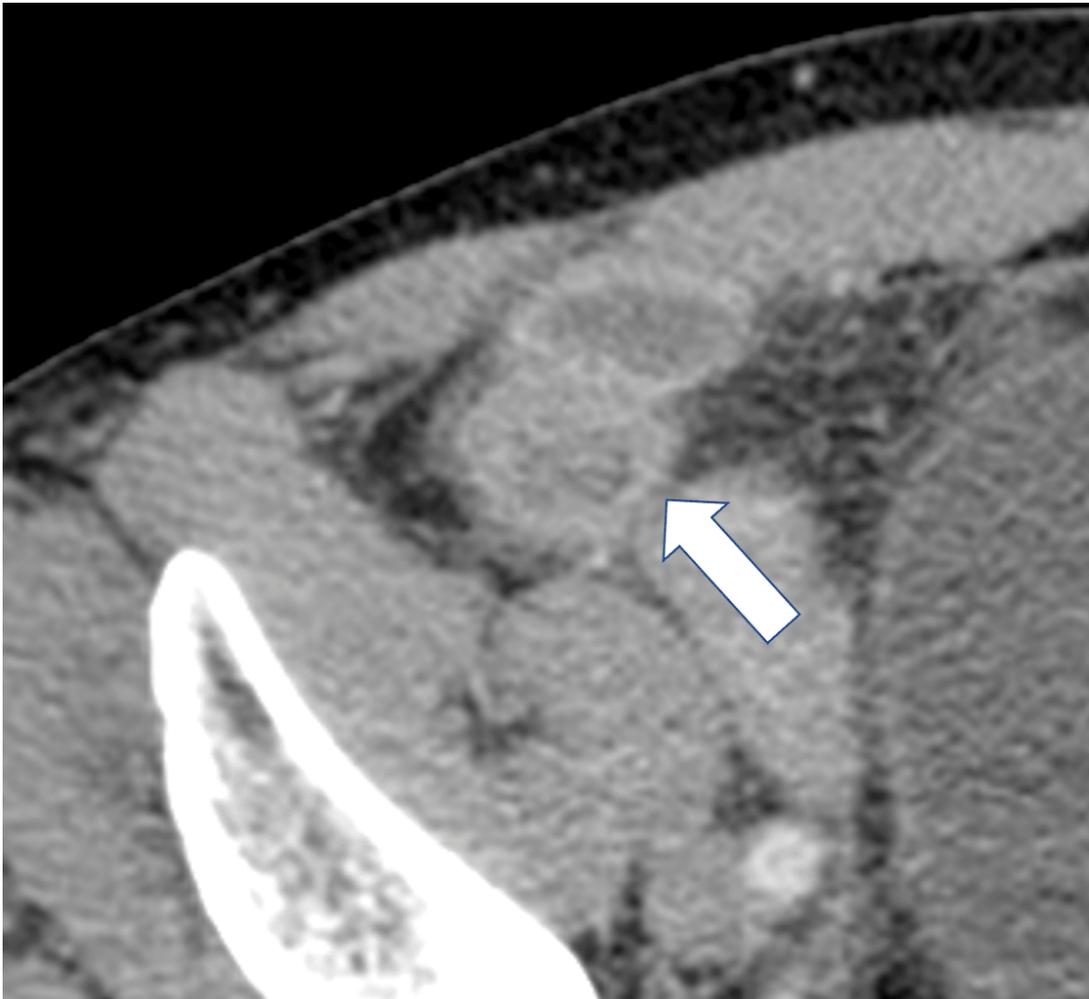


Figura 2. Imagem TC do abdome com contraste endovenoso no plano axial, na fase portal, evidenciando espessamento parietal do íleo terminal, associado a densificação dos planos adiposos mesentéricos e espessamento da fáscia lateroconal (seta branca).

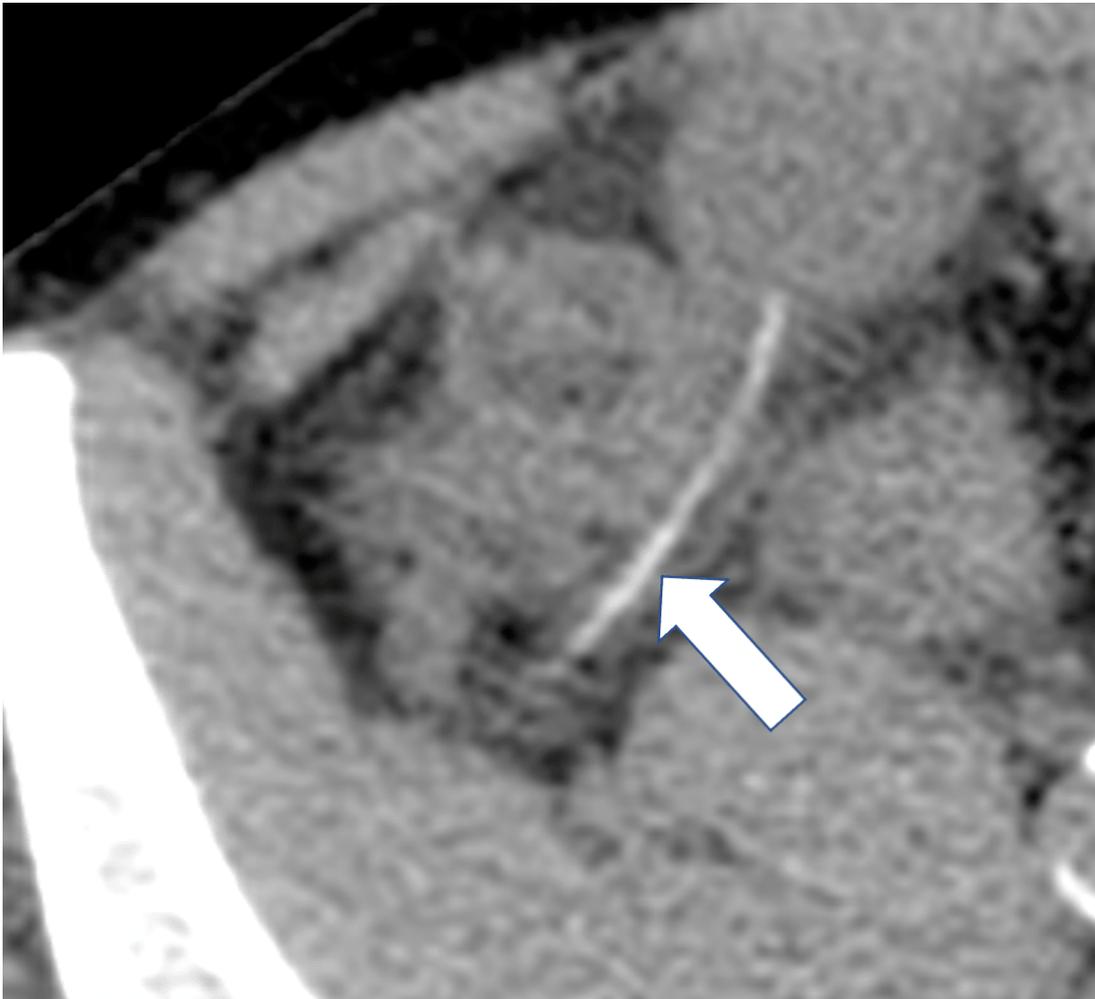


Figura 3. TC do abdome no plano axial, sem contraste endovenoso, evidenciando estrutura linear espontaneamente hiperdensa (seta branca) na fossa ilíaca direita (158UH), com localização extraluminal, adjacente às alças ileais e apêndice cecal, associado a densificação dos planos adiposos adjacentes. Não há pneumoperitônio.



Figura 4. TC do abdome no plano axial, sem contraste endovenoso, com técnica de Maximum Intensity Projection (MIP) evidenciando o corpo estranho espontaneamente hiperdenso (seta branca), extraluminal na fossa ilíaca direita, com dimensões de 3,4 x 0,2 cm

## Vídeos

Nenhum resultado encontrado