

## INGESTÃO DE PALITO DE DENTE COM MIGRAÇÃO PARA O COLÉDOCO, EVOLUINDO COM PANCREATITE AGUDA E PERFURAÇÃO INTESTINAL

Gastrointestinal , Emergência

---

### Dados do Caso

<b>Data submissão:</b>	17/08/2020
<b>Data publicação:</b>	28/12/2020
<b>Seção :</b>	Destaque
<b>Tipo de Caso :</b>	Tipo Caso 1
<b>Autor:</b>	Pedro Augusto Froidi Vieira - FLEURY MEDICINA DIAGNÓSTICA - HOSPITAL SÃO LUIZ Giuseppe D'Ippolito - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO - UNIFESP - ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA
<b>Autor correspondente:</b>	RAFAELLE MACHADO DE VARGAS - FLEURY MEDICINA DIAGNÓSTICA - HOSPITAL SÃO LUIZ Email: rafaellevargas@hotmail.com
<b>Dados do paciente :</b>	Feminino , 43 anos
<b>Palavras-Chave :</b>	Ducto Colédoco, Perfuração Intestinal, Pancreatite, Migração de Corpo Estranho
<b>URL:</b>	<a href="http://bradcasesold.brad.org.br/pt/Cases/CaseDetails/202">http://bradcasesold.brad.org.br/pt/Cases/CaseDetails/202</a>
<b>Link do Abstract no PUBMED:</b>	
<b>DOI :</b>	Ahead of DOI

### Resumo

A ingestão de palitos de dente é um evento raro e acidental, mas com alta morbimortalidade, principalmente em razão da alta taxa de perfuração do trato gastrointestinal (TGI). O estômago, duodeno e cólon sigmoide são os locais mais comuns onde os palitos são encontrados antes da remoção e a cirurgia é necessária nos casos complicados. Até onde sabemos, este é o segundo relato de caso de um palito de dente alojado dentro da via biliar e associado à pancreatite aguda e perfuração duodenal.

### Histórico Clínico

Paciente do sexo feminino de 43 anos comparece ao serviço de emergência com dor abdominal em hipocôndrio direito e irradiação para o dorso, com início há 2 dias e piora hoje, associada a 2 episódios de vômitos. Nega cirurgias. Dentre os exames laboratoriais solicitados, havia elevação da PCR (275 mg/L – VR <8 mg/L), gama-GT (67 U/L – VR <38 U/L) e lipase discretamente tocada (69 U/L – VR <60 U/L). Foi solicitada uma ultrassonografia (US) do abdome total e tomografia computadorizada (TC) (figuras 1 e 2), sendo realizado diagnóstico de pancreatite aguda por possível corpo estranho no interior do colédoco. Após 3 semanas, a paciente retorna com piora da dor, associada a elevação de enzimas canaliculares, e uma nova TC evidenciou perfuração duodenal. A endoscopia digestiva alta revelou ser um palito de dente (figura 5).

## Achados Radiológicos

No atendimento de entrada da paciente foi solicitada uma US do abdome total, que não evidenciou anormalidades. Em seguida, realizada complementação com TC, identificando-se aumento volumétrico e heterogeneidade da cabeça e processo uncinado do pâncreas, associados à densificação dos planos peripancreáticos, bem como imagem linear hiperdensa no interior do ducto colédoco, sendo então firmado o diagnóstico de pancreatite aguda (PA) por possível corpo estranho no colédoco (figura 1 e 2). Após 3 semanas da alta, a paciente retorna ao pronto-socorro com piora da dor, momento em que se repetiu a TC e se evidenciou imagem linear hiperdensa, anteriormente no colédoco, agora migrada para o duodeno, com sinais de transfixação da segunda / terceira porção, associada a intensa densificação dos planos gordurosos locorregionais, sem sinais de pneumoperitônio (figuras 3 e 4), sendo então realizado o diagnóstico de perfuração duodenal por corpo estranho.

## Discussão

A ingestão de corpos estranhos (CE) é considerada uma emergência médica (1), sendo os palitos de dente responsáveis por 9% dessas ingestões (2). As perfurações são incomuns, ocorrendo em menos de 1% (2,3), porém quando relacionadas a palitos podem chegar a 30% (2). O sintoma mais frequente é a dor abdominal (1). Dentre os fatores de risco para ingestão acidental de CE, destacamos os distúrbios psiquiátricos e neurológicos, alcoolismo, uso de próteses dentárias, problemas de deglutição e alimentos que contêm palitos (2-4). Já os fatores de risco para perfuração do TGI são objetos pontiagudos, permanência maior que 24 horas no TGI e cirurgia abdominal (5). As complicações podem variar desde peritonite, fístula, abscesso e até perfurações (1,4). Geralmente estas últimas não costumam causar pneumoperitônio, pois a microagressão repetitiva é continuamente recoberta por fibrina, evitando escape gasoso (3,6). No duodeno as perfurações não causam peritonite e determinam sintomas ocultos, mas podem levar à migração do CE para órgãos adjacentes, mais comumente para o pâncreas, fígado e retroperitônio (1,3). A pancreatite aguda induzida por CE é rara e frequentemente associada à impactação do mesmo na ampola de Vater determinando obstrução ou inflamação da papila maior (7). O trajeto transduodenal é o mais comum, podendo também ser transgástrico. Alguns fatores predisponentes para essa complicação são divertículos duodenais e anastomoses biliares (8). Em relação à ingestão específica de palitos de dente, mais de 50% dos pacientes desconhecem a ingestão acidental e apenas a descobrem, porque a ampla maioria evolui com perfuração (80%) (1,4). A TC com contraste é o método de imagem não invasivo mais utilizado para diagnóstico, porém tem sensibilidade de apenas 43% na detecção dos palitos (1,6). A endoscopia é a ferramenta diagnóstica e terapêutica mais eficaz, principalmente para os palitos localizados no TGI proximal e distal (1,2). Os locais mais comuns onde os palitos são encontrados antes da remoção, segundo uma série de 136 casos, são o estômago, duodeno e

cólons. A cirurgia é necessária, na maioria das vezes, quando os palitos se encontram no intestino delgado, grosso ou em situação extra-intestinal. A mortalidade ocorre em 10% e está intimamente relacionada à perfuração (1). A incidência e prevalência da ingestão de CE não é exatamente conhecida, porém é rara e com alta morbimortalidade quando se trata de palitos de dente no interior do ducto colédoco. A literatura é muito escassa, sendo encontrado apenas um relato de caso similar a este na plataforma PubMed.

## Lista de Diferenciais

- Perfuração intestinal por espinha de peixe.
- Perfuração intestinal por agulha.
- Úlcera duodenal perfurada.

## Diagnóstico

- Perfuração intestinal por palito de dente.

## Aprendizado

A maioria dos pacientes desconhece a ingestão do palito de dente e acaba evoluindo com complicações como perfuração do TGI, aumentando e muito as taxas de morbimortalidade. Casos de palitos de dente migrados para o interior da via biliar são extremamente raros, impossibilitando a comparação com outros casos.

## Referências

1. Steinbach C., Stockmann M., Jara M., Bednarsch J., Lock J. F. Accidentally ingested toothpicks causing severe gastrointestinal injury: a practical guideline for diagnosis and therapy based on 136 case reports. *World Journal of Surgery*. 2014;38(2):371–377.
2. Reginelli A., Liguori P., Perrotta V., Annunziata G., Pinto A. Computed Tomographic Detection of Toothpick Perforation of the Jejunum: Case Report and Review of Literature. *Radiol Case Rep*. 2007;2(1):17–21.
3. Souza e Silva, G., Nunes, N. B., Pacheco, E. O., Bezerra, F. M. R., Nunes, R. B., Mcphee, H. L., Torres, U. S., D'Ippolito, G. Emergency CT of Abdominal Complications of Ingested Fish Bones: What Not to Miss. *Emerg Radiol*. 2020.
4. Chiang T.-H., Liu K.-L., Lee Y.-C., Chiu H.-M., Lin J.-T., Wang H.-P. Sonographic diagnosis of a toothpick traversing the duodenum and penetrating into the liver. *Journal of Clinical Ultrasound*. 2006;34(5):237-240.
5. Brunaldi V. O., Brunaldi M.O., Masagno R., Silva C., Masuda H., Brunaldi J. E. Toothpick inside the Common Bile Duct: A Case Report and Literature Review. *Case Rep Med*. 2017;5846290.
6. Goh B.K.P., Tan Y.M., Lin S.E., Chow P.K.H., Cheah F.K., Ooi L.L.P.J., Wong W.K. CT in the preoperative diagnosis of fish bone perforation of the gastrointestinal tract. *AJR Am J Roentgenol*. 2006;187:710–714.

- 7. Kim, K.H., Woo, E.Y., Rosato, E.F., Kochman, M.L. Pancreatic foreign body: ingested toothpick as a cause of pancreatitis and hemorrhage. *Gastrointest Endosc.* 2004; 59(1):147-149.
- 8. Rezgui-Marhouf, L. Saïd, W., Askri, A., Douira, W., Dali, N., Dridim L., Hendaoui, L. Pancréatite aiguë à corps étranger métallique. *Gastroenterol Clin Biol.* 2004;28:299-300.

## Imagens



Figura 1. (a) TC na fase portal demonstrando imagem hiperdensa no interior do ducto colédoco (seta). (b) Reconstrução coronal de TC evidenciando imagem linear hiperdensa no interior do ducto colédoco e extremidade distal no duodeno (círculo). As imagens se referem à primeira internação da paciente.

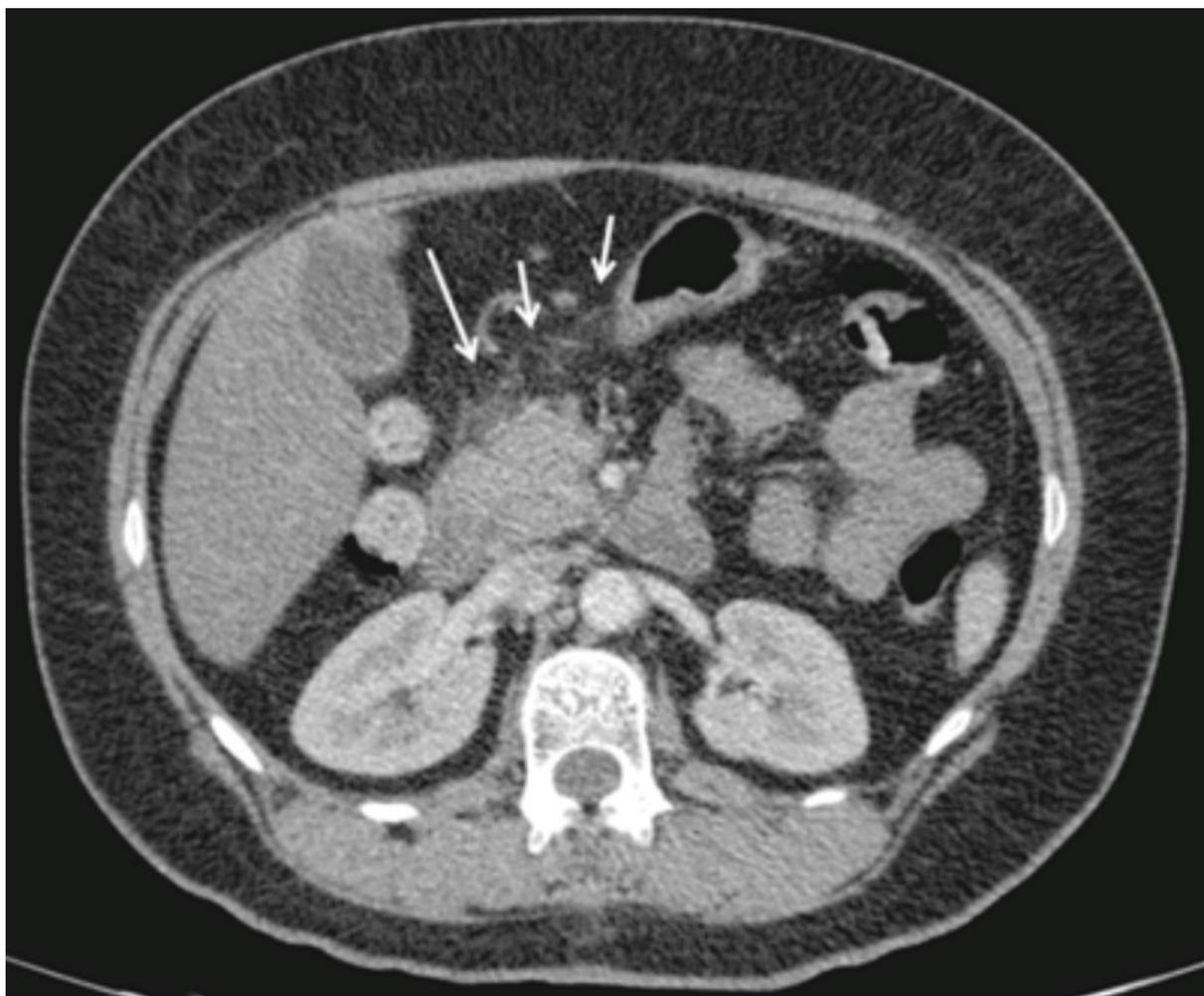


Figura 2. TC na fase portal demonstrando aumento volumétrico e heterogeneidade da cabeça e processo uncinado do pâncreas, associados a leve densificação de planos adiposos adjacentes

(setas). Os achados de imagem em associação com o quadro clínico-laboratorial foram convergentes para o diagnóstico de pancreatite aguda. As imagens se referem à primeira internação da paciente.

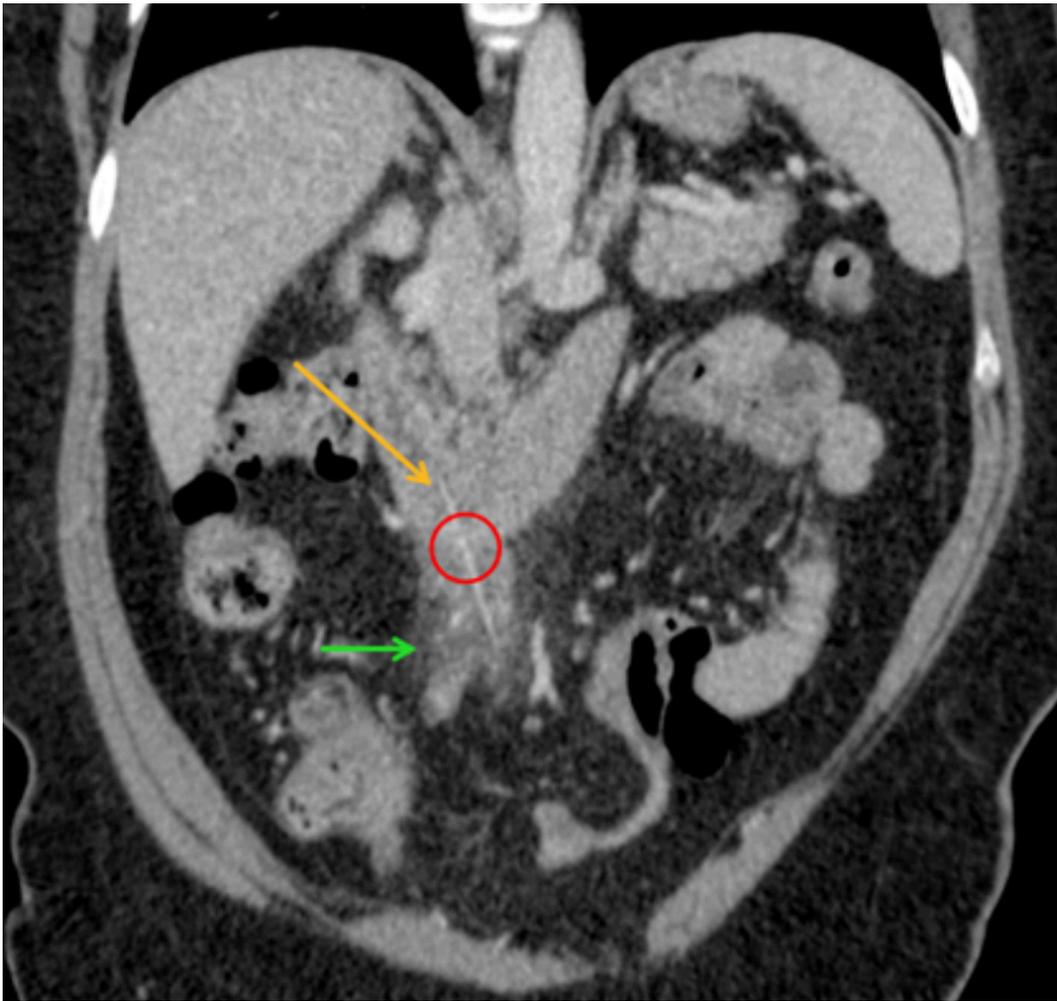


Figura 3. Paciente retorna após 3 semana com dor. TC na fase portal evidenciando migração da imagem linear hiperdensa do colédoco para o interior do duodeno (seta amarela), com sinais de transfixação de sua parede (círculo vermelho), junto à segunda / terceira porção, associada à intensa densificação dos planos adiposos locorreionalis (seta verde).



Figura 4. Reconstrução sagital de TC evidenciando os mesmos achados da figura 3.



Figura 5. O corpo estranho foi retirado através de endoscopia digestiva alta e confirmou ser um palito de dente.

## Vídeos

Nenhum resultado encontrado