

CORPO ESTRANHO NO INTESTINO GROSSO

QUINTINO NASCIMENTO CAVICHINI
JOSÉ RICARDO BORGES SUETH
LUIS ANTONIO TINOCO
PEDRO ALBERTO VIDAL ANDERSON
FRANCISCO CAMPOS COUTO JUNIOR
NILTON G. SIQUEIRA
GLAUCO VALÉRIO LADEIRA

CAVICHINI QN, SUETH JRB, TINOCO LA, ANDERSON PAV, COUTO JUNIOR FC, SIQUEIRA NG & LADEIRA GV - Corpo estranho no intestino grosso. *Rev bras Coloproct*, 1997; 17(4): 254-258

RESUMO: Corpo estranho no intestino grosso pode ocorrer devido à ingestão ou introdução do objeto no ânus. Quando ingerido, o objeto estranho pode passar pelo tubo digestivo e ser eliminado espontaneamente; entretanto, pode impactar no cólon ou reto, com o risco de perfuração da alça intestinal. A presença de corpo estranho no reto após introdução pode ter várias causas, porém, atualmente, o auto-erotismo tem sido relatado como a principal causa, seja pelo abuso de drogas e/ou pela liberação sexual. Num período de 10 anos, observamos 13 casos de corpos estranhos no intestino grosso. Em oito casos o objeto foi ingerido e em cinco foi introduzido no ânus. A remoção digital teve sucesso em 10 casos, nos outros, uma laparotomia foi necessária para remover o corpo estranho (dois casos) e para tratar um abdômen agudo causado pela perfuração do reto após introdução de objeto no ânus.

UNITERMOS: corpo estranho; intestino grosso; endoscopia digestiva baixa; remoção digital; cirurgia

A presença de corpo estranho no intestino grosso pode ocorrer devido à ingestão ou introdução anal. A ingestão do objeto estranho, geralmente, é observada em crianças, idosos, pacientes desdentados, pacientes psiquiátricos ou após libações alcoólicas^(4,6,7). Corpo estranho no reto após introdução anal é devido ao auto-erotismo, ataque criminoso, auto-administração para tratamento de patologia anorretal ou após métodos diagnósticos, feitos por via anal^(1,9,12).

Geralmente o diagnóstico do corpo estranho no intestino grosso não é fácil, pois quando ingerido, é comum o paciente não se lembrar do ocorrido; quando introduzido, ou o paciente nega a introdução, ou inventa fatos pitorescos para justificar a presença do objeto no reto⁽⁹⁾.

A finalidade deste artigo é apresentar nossa experiência em 13 casos de corpos estranhos colorretais. Em oito casos a presença do objeto no intestino grosso foi devido à ingestão e nos outros casos, a introdução anal foi a causa do corpo estranho no reto.

PACIENTES E MÉTODOS

Após revisão dos arquivos dos nosocômios, observamos que nos últimos 10 anos (1984 a 1993) foram atendidos 13 pacientes de corpos estranhos no intestino grosso. Em oito casos, o objeto foi ingerido, e em cinco foi introduzido no ânus. Havia nove pacientes do sexo masculino; a idade variava de 22 aos 72 anos (Quadro 1).

Quadro 1 - Relação entre o tipo de corpo estranho no intestino grosso, o modo de aparecimento e o sexo dos pacientes.

Ingestão - 8 casos

Haste de rebite	M
Ficha de telefone	F
Prótese dentária parcial	M
Espículas de madeira	M
Ossos de galinha	M/F
Ossos de porco	M/F

Introdução - 5 casos

Espiga de milho	M
Garrafa de cooler	M
Pote de papinha de bebê	M
Tubo de desodorante	F
Enema terapêutico	F

Seis dos oito pacientes que ingeriram corpo estranho relataram dor e desconforto anal. Havia relato de libação alcoólica em quatro casos, dois ou três dias antes do início da dor anal. O paciente com prótese dentária parcial impactada no reto, relatava ter dormido e ingerido a prótese. O paciente com espículas de madeira no reto não sabia explicar o fato, mas negava veementemente a possibilidade de introdução. Nos outros dois casos não havia sintomatologia. A paciente que havia ingerido a ficha de telefone relatava não haver eliminado a mesma; assim como o paciente que ingeriu a haste de rebite.

Nos cinco casos em que o objeto foi introduzido no ânus, o motivo da introdução foi erotismo anal em quatro; no outro caso, a introdução foi por motivo terapêutico. Três pacientes negaram a introdução voluntária do corpo estranho, relatando fatos pitorescos para justificar o fato de o objeto estar no reto; em apenas um caso houve relato de introdução voluntária.

Abdômen agudo foi observado no paciente que havia sido submetido a enema terapêutico por pessoas de pouco conhecimento técnico.

Radiografias de abdômen foram feitas em sete casos (ingestão - dois casos; introdução - cinco casos). Nos casos em que o paciente havia ingerido o corpo estranho, este estava localizado na fossa ilíaca direita (haste de rebite) e no reto (ficha de telefone) (Fig. 1). Nos casos de introdução, o objeto estranho foi identificado no reto (Figs. 2, 3, 4), exceto no caso do enema terapêutico, em que havia pneumoperitônio.



Fig. 1 -
Radiografia de
abdômen.
Ficha de telefone.

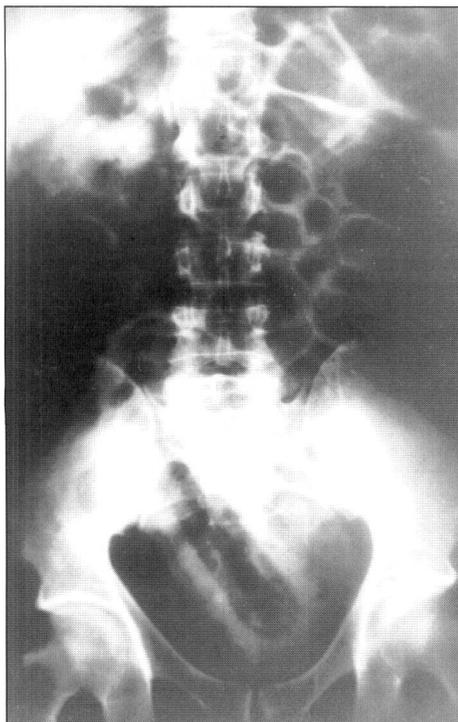


Fig. 2 -
Radiografia de
abdômen. Espiga
de milho.

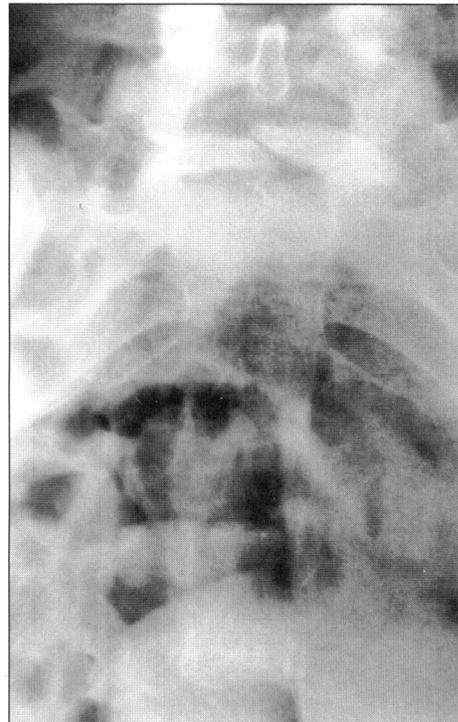


Fig. 3 -
Radiografia de
abdômen. Tubo de
desodorante.

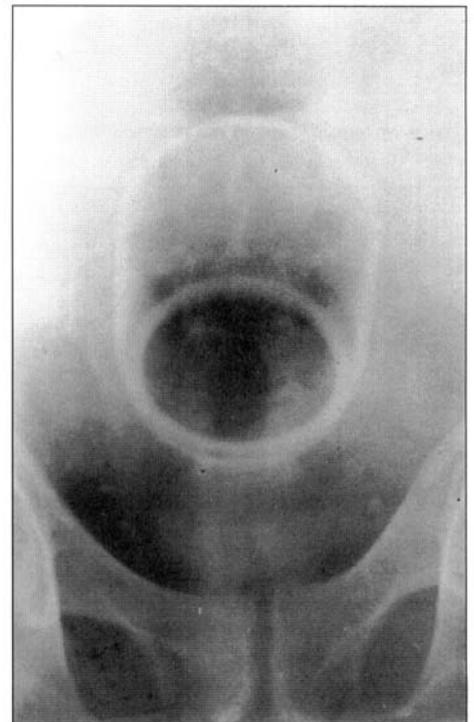


Fig. 4 -
Radiografia de
abdômen. Pote de
papinha de bebê.

O exame digital sob anestesia regional revelou o corpo estranho, que foi removido com sucesso em 10 casos (ingestão - sete casos; introdução - três casos). A Fig. 5 mostra um corpo estranho (osso de galinha) que foi ingerido e removido digitalmente; as Figs. 6 e 7 mostram objetos que foram removidos pelo ânus, após introdução.



Fig. 5 - Remoção digital. Osso de galinha.

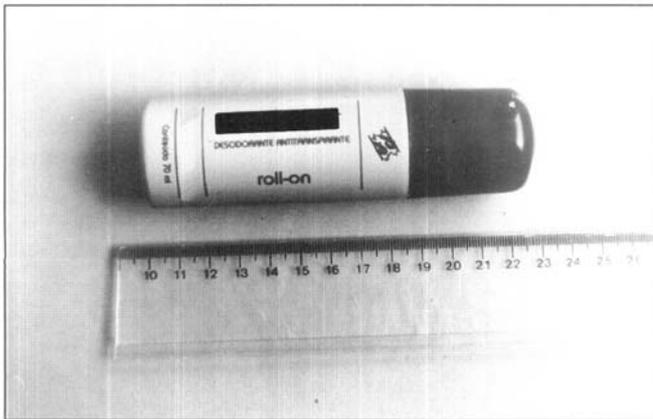


Fig. 6 - Remoção digital. Tubo de desodorante.

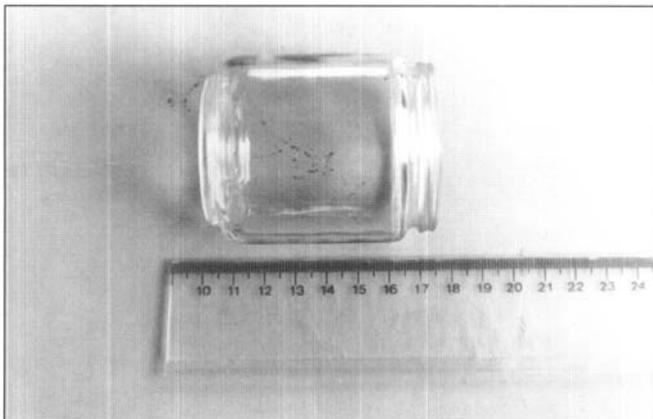


Fig. 7 - Remoção digital. Pote de papinha de bebê.

Após a remoção do corpo estranho, realizou-se retossigmoidoscopia, com finalidade de identificar hematomas, lacerações ou perfurações na parede do canal anal e/ou reto. Nos casos de introdução do objeto, havia lesões de mucosa, porém sem perfuração, excetuando-se o paciente com perfuração do reto pelo enema terapêutico que foi diagnosticada pela radiografia de abdômen.

Colonoscopia foi usada em um caso de ingestão de corpo estranho (haste de rebite), entretanto, o objeto não foi localizado.

Laparotomias foram feitas em três casos (ingestão - um caso; introdução - dois casos); duas para remoção de corpo estranho e em um caso de abdômen agudo após enema terapêutico. Em um caso, o objeto foi removido após apendicectomia; no outro, após tentativa infrutífera de remoção de uma garrafa de cooler (Fig. 8), pelo ânus, foi necessária intervenção cirúrgica com colotomia e colostomia em alça.

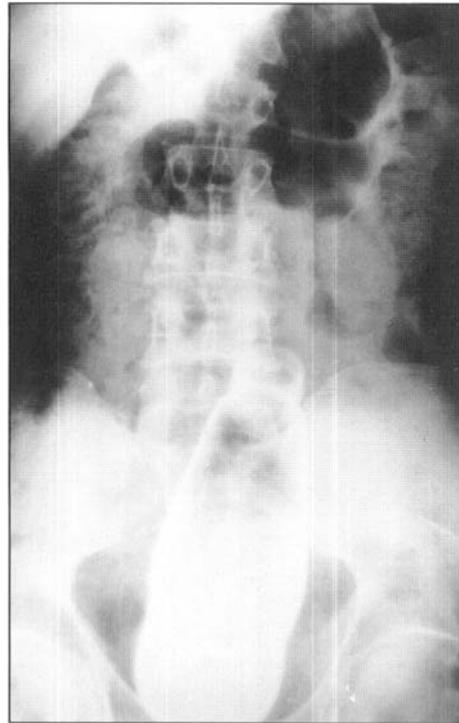


Fig. 8 - Remoção por colotomia. Garrafa de cooler.

No Quadro 2 apresentamos os métodos usados para a remoção dos respectivos objetos estranhos.

Quadro 2 - Relação entre o tipo de corpo estranho no intestino grosso e o método usado para sua remoção.

Ingestão - 8 casos	
Haste de rebite	Laparotomia com apendicectomia
Ficha de telefone	Remoção digital
Prótese dentária parcial	Remoção digital
Espículas de madeira	Remoção digital
Osso de galinha	Remoção digital
Osso de porco	Remoção digital
Introdução - 5 casos	
Espiga de milho	Remoção digital
Garrafa de cooler	Colotomia com colostomia
Pote de papinha de bebê	Remoção digital
Tubo de desodorante	Remoção digital
Enema terapêutico	Colostomia com fechamento do reto

Nota do autor

Após a conclusão do artigo tivemos a oportunidade de observar mais dois casos de corpo estranho no cólon.

Em final de 1996 tivemos uma paciente de 84 anos, que apresentou-se com um quadro de abdômen agudo, comprovado radiologicamente. A paciente foi levada a cirurgia, sendo observada uma perfuração de cólon sigmóide. Foi encontrado na pelve da paciente um osso de galinha e dentro do cólon sigmóide foi encontrado outro osso. A paciente foi submetida a operação de Hartmann, com evolução satisfatória, sendo, posteriormente, submetida a reconstrução do trânsito colônico, com boa evolução.

Em 1997, observamos uma paciente de 39 anos, que relatava estar há mais de quatro dias sem eliminar fezes, segundo a paciente ela havia ingerido jenipapo fresco, com ingestão das sementes da fruta. Ao toque retal observou-se uma impaction de sementes no canal anal e reto. A paciente foi submetida a remoção digital das sementes sob raqui-anestesia.

DISCUSSÃO

A real incidência de corpo estranho no intestino grosso é difícil de ser avaliada, já que após a ingestão, alguns objetos são eliminados naturalmente pelo trato gastrointestinal, só procurando recurso médico o paciente que, após alguns dias, não elimina o objeto, ou sente desconforto anal, devido à impaction do corpo estranho no reto e/ou canal anal. No caso de introdução do corpo estranho no ânus, a procura pelo profissional médico só ocorre quando a tentativa de remoção do objeto fora do ambiente hospitalar for infrutífera.

A maioria dos objetos estranhos deglutidos passam espontaneamente pelo trato gastrointestinal sem complicações, principalmente, se forem de formato arredondado, mas mesmo esses objetos podem sofrer impaction e não serem eliminados. É pouco comum a perfuração do trato gastrointestinal após a ingestão de corpo estranho; entretanto, pode ocorrer quando o objeto é longo, pontiagudo ou fino, em áreas de estreitamento fisiológico ou patológico^(4,6). Segundo a literatura, após a ingestão de objetos estranhos, em cerca de 10 a 20% dos casos, intervenção não cirúrgica pode ser necessária e em 1% haverá necessidade de cirurgia para remoção^(4, 6, 12, 13, 15, 16).

Atualmente a auto-introdução tem sido relatada como a causa mais comum de corpo estranho no intestino grosso, devido ao uso de drogas e/ou à liberação sexual^(1, 9, 12, 16). Yaman e cols.⁽¹⁶⁾ relataram uma experiência de 15 anos, com 29 corpos estranhos no intestino grosso. Em 22 casos, o objeto foi introduzido no ânus; nesses a causa mais freqüente da presença do objeto foi o erotismo anal. Mansus e Abrantes⁽¹²⁾ relataram entre 1981 a 1990, a presença de 124 pacientes com trauma retal, e em 40%, a introdução de corpo estranho no ânus foi a causa do traumatismo. Abcarian e Lowe⁽¹⁾ relataram a retirada de 36 corpos estranhos em 35 pacientes, num período de cinco anos; todos os pacientes eram do sexo masculino, entre a quarta e a quinta décadas de idade, e a maioria havia auto-introduzido o objeto estranho.

A introdução do corpo estranho no ânus pode ocasionar uma ou mais de uma das seguintes condições: (a) retenção do corpo estranho; (b) laceração de mucosa; (c) efracções de mucosa; (d) hematomas; (e) lesão esfinteriana; (f) perfuração^(3, 9, 12, 15, 16). Witz e cols.⁽¹⁵⁾ relataram três casos de perfuração de reto sigmóide após instrumentação anal voluntária com enemas. Em nossa casuística, tivemos um caso (7,7%) de perfuração retal após o uso de enema terapêutico, evoluindo com abdômen agudo.

O diagnóstico do corpo estranho no intestino grosso deve ser orientado pela história do paciente, exame abdominal, toque retal e exames radiológicos, e endoscopia digestiva baixa. É comum o paciente que introduziu o corpo estranho não relatar o ocorrido, dissimulando o fato; quando admitem a presença do objeto estranho no reto, negam a introdução voluntária, relatando fatos "sui generis" e inconcebíveis para justificar o ocorrido. Radiografia do abdômen é útil para se identificar o corpo estranho, sua localização, tipo, forma e número^(1, 9, 16).

A retirada digital do corpo estranho no reto pode ser feita sob sedação, anestesia regional ou mesmo anestesia geral^(9, 13). É comum o constrangimento do paciente após a remoção do corpo estranho. Gilbert⁽¹⁰⁾ relatou a remoção digital de vários pequenos fragmentos de ossos de galinha em um paciente, que relatava dor anal, retorrágia e impaction fecal. A remoção digital do corpo estranho sob anestesia regional teve sucesso em 77% dos nossos casos.

A endoscopia digestiva baixa pode ser usada com sucesso na remoção de corpos estranhos ingeridos ou introduzidos no ânus. A retossigmoidoscopia pode ser usada para a remoção de objetos que estejam a seu alcance, assim como para avaliar a integridade da mucosa do canal anal e do reto sigmóide. Callon e Brady⁽⁶⁾ relataram um caso de ingestão de palito de dente, que impactou e perfurou o cólon sigmóide, sendo removido por sigmoidoscopia flexível. Corpos estranhos que impactam na válvula ileocecal; que causam obstrução; objetos longos e pontiagudos que podem ocasionar uma perfuração, podem ser removidos com a colonoscopia^(2, 5, 8). Brandão e Farias⁽⁵⁾ relataram com sucesso a remoção de corpo estranho metálico com colonoscopia. Em um dos nossos casos, a colonoscopia foi usada na tentativa de localizar e remover um objeto estranho metálico (haste de rebite), mas sem sucesso, pois o objeto não foi localizado⁽⁷⁾.

O objeto pode ter forma e/ou localização que dificultam sua remoção pelo ânus, seja por meio digital, instrumental ou por endoscopia digestiva baixa, sendo necessária uma laparotomia com colotomia e colostomia temporária^(9, 13, 16). Na série de Abcarian e Lowe⁽¹⁾ houve necessidade de laparotomia em três casos, para remoção do objeto estranho. Miller e Wetzig⁽¹³⁾ relataram a remoção de uma garrafa de Pepsi-Cola através de uma colotomia, com fechamento primário da alça intestinal. Em três dos nossos casos foi necessária laparotomia: (a) com colotomia para remover uma garrafa de cooler; (b) com apendicectomia para remover uma haste de rebite, que estava localizada no fundo do apêndice; (c) com colostomia terminal e fechamento do coto retal, para tratar uma perfuração de parede anterior do reto.

Kyvik e col.⁽¹¹⁾, Ben-Rejeb e cols.⁽⁴⁾ e Alberti-Flora e cols.⁽²⁾ relataram a presença de corpo estranho (espinha de peixe) no

reto, cólon transverso e cólon descendente, respectivamente. No caso de Kyvik e cols.⁽¹¹⁾ o objeto foi removido digitalmente; no de Ben-Rejeb e cols.⁽⁴⁾ o corpo estranho perfurou o cólon transverso, sendo necessária uma laparotomia; Alberti-Flor e cols.⁽²⁾ removeram a espinha de peixe com a utilização de colonoscopia.

Quando ocorre perfuração do retossigmóide, lesões de outros órgãos podem ocorrer, o que aumenta a taxa de morbidade^(12, 15, 16). No caso de perfuração com lesão de órgãos adjacentes, a conduta cirúrgica vai depender da extensão da lesão; do órgão atingido; e do tempo decorrido entre a hora da lesão e a cirurgia^(12, 13, 15).

Em nossa experiência tivemos um óbito, no caso da perfuração da parede anterior do reto pelo enema terapêutico, pois a paciente apresentava peritonite fecal grave, evoluindo para choque séptico.

CAVICHINI QN, SUETH JRB, TINOCO LA, ANDERSON PAV, COUTO JUNIOR FC, SIQUEIRA NG & LADEIRA GV - Foreign body in large bowel.

SUMMARY: Foreign body is found in large bowel after ingestion or insertion of the object by anus. After ingestion the foreign body can pass by the gastrointestinal tract and spontaneously be evacuated or can stick in colon or rectum wall and the risk of perforation of the intestinal hollow is great. The presence of foreign body in rectum after insertion has many causes. Actually the auto-eroticism have been reported as the principal factor because the abusive use of drugs and/on by sexual liberation. We show in this article our experience on 13 cases of foreign bodies in large bowel in a period of 10 years. In eight cases the object was ingested and in five the foreign body was inserted by anus. The digital extraction has been success in ten cases. In another cases a laparotomy was necessary to remove the foreign body (two cases) and to treat an acute abdomen because of rectal perforation after therapeutic enema.

KEY WORDS: foreign body; large bowel; lower digestive endoscopy; digital extraction; surgery

REFERÊNCIAS

1. Abcarian H, Lowe R. Traumatismo do cólon e do reto. Clin Cirurg Am Norte 1978; 58(3): 519-537.
2. Alberti-Flor JJ, Hernandez ME, Ferrer JP, Maldonado A, Saldivar R. Endoscopic removal of an impacted colonic foreign body (fish bone) complicated by a pelvic abscess. Gastrointestinal Endoscopy 1992; 38(1): 100-101.
3. Barone JE, Tee S, Nealon TF. Management of foreign bodies and trauma of the rectum. Surg Gynecol Obstet 1983; 156: 453-457.
4. Ben Rejeb A, Gammoudi A, Ben Alaya M. Perforation intestinale per arête de poisson. À propos d'une observation avec revue de la littérature. Ann Chir 1993; 47(1): 68-70.
5. Brandão DMS, Farias HA. Corpo estranho metálico retirado por colonoscopia. Rev de Gastroenterologia 1994; 32(1): 15.
6. Callon RA Jr., Brady PG. Toothpick perforation of the sigmoid colon: an unusual case associated with Erysipelothrix rhusiopathiae septicemia. Gastrointestinal Endoscopy 1990; 36(2): 141-143.
7. Cavichini QN, Sueth JRB, Soares GP. Corpo estranho no apêndice vermiforme. Rev bras Coloproct 1996; 16(2): 74-76.
8. Forde KA. Therapeutic colonoscopy. World J Surg 1992; 16: 1048-1053.
9. Fry RD. Traumatismos e corpos estranhos anorretais. Clin Cirurg Am Norte 1994; 74(6): 1561-1575.
10. Gilbert PM. Multiple ingested foreign bodies impacting in the rectum. BJCP 1990; 44(4): 160.
11. Kyvik KR, Brattebo G. The potential hazards of eating fish. Gastroenterology 1990; 99(2): 602.
12. Mansur ES, Abrantes WL. Traumatismo de reto por corpo estranho. Estudo de 50 casos. Rev bras Coloproct 1992; 12(12): 51-55.
13. Miller BJ, Wetzig NR. Incarcerated sigmoid bottle. Aust N Z J Surg 1990; 60(9): 729-731.
14. Thompson SR, Fraser M, Stupp C, Baker LW. Iatrogenic and accidental colon injuries. What to do (?). Dis Colon Rectum 1994; 37(5): 496-502.
15. Witz M, Shpitz B, Zager M, Eliashiv A, Dinbar A. Anal erotic instrumentation. A surgical problem. Dis Colon Rectum 1984; 27(5): 331-332.
16. Yaman M, Deitel M, Burul CJ, Shahi B, Hadar B. Foreign bodies in the rectum. CJS 1993; 36(2): 173-177.

Endereço para correspondência:

Quintino N. Cavichini
Rua Dez de Maio, 623
28300-000 - Itaperuna - RJ