

DIRETRIZ INTERPROFISSIONAL
ATENÇÃO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE

12

INGESTÃO
CORPOS ESTRANHOS

1ª EDIÇÃO

HOSPITAL DA CRIANÇA DE BRASÍLIA

Autores

ANA AURÉLIA ROCHA DA SILVA
ANDRÉ LUIZ FERREIRA DE REZENDE
MARLON DE JESUS OLIVEIRA E SILVA
RAQUEL SOUZA PASSOS
REINALDO FALLUH FILHO
WALLACE ACIOLI FREIRE DE GOIS

Editores

ELISA DE CARVALHO
ERIKA BOMER
ISIS QUEZADO MAGALHÃES
RENILSON REHEM

HOSPITAL DA
CRIANÇA
DE BRASÍLIA JOSÉ ALENCAR

SUS 



12

INGESTÃO
CORPOS ESTRANHOS

Brasília, 2016

Diretor Presidente
NEWTON CARLOS DE ALARCÃO

Diretora Vice-Presidente
DEA MARA TARBES DE CARVALHO

Conselho de Administração
DANIEL GALLO PEREIRA
ILDA RIBEIRO PELIZ
NADIM HADDAD
HELOÍSA HELENA SILVA DE OLIVEIRA
JAIR EVANGELISTA DA ROCHA
JARBAS BARBOSA DA SILVA JUNIOR
MARLENE GOMES BARRETO
(Representante dos Funcionários)

Conselho Fiscal
ADÉZIO DE ALMEIDA LIMA
FERNANDO HECTOR RIBEIRO ANDALÓ
FRANCISCO CLÁUDIO DUDA

1ª edição, 2016.
Esta é uma produção para uso interno
no Hospital da Criança de Brasília,
portanto não deve ser reproduzida.

Informações:
Hospital da Criança de Brasília José
Alencar
SAIN Lote 4-B (ao lado do Hospital
de Apoio)
Brasília - DF.
CEP 70.071-900

Superintendente Executivo
RENILSON REHEM

Superintendente Executivo Adjunto
JOSÉ GILSON ANDRADE

Diretor Administrativo
HÉLIO SILVEIRA

Diretora do Centro Integrado e Sustentável de Ensino e Pesquisa
VALDENIZE TIZIANI

Diretor de Custos, Orçamento e Finanças
HORÁCIO FERNANDES

Diretora de Estratégia e Inovação
ERIKA BOMER

Diretora de Recursos Humanos
VANDERLI FRARE

Diretora Técnica
ISIS MAGALHÃES

Coordenadora do Corpo Clínico
ELISA DE CARVALHO

Núcleo de Comunicação e Mobilização
Coordenadora de Comunicação e Mobilização
ANA LUIZA WENKE

Assessor de Comunicação
CARLOS WILSON

Designer Gráfico
JUCELI CAVALCANTE LIMA

Diagramação e revisão: Ex-Libris Comunicação Integrada
Revisão: Gabrielle Albiero, Pedro C. De Biasi.
Diagramação: Adriana Antico, Jonathan Oliveira, Nayara Antunes, Regina Beer,
Carolina Huenenver Brito e Ricardo Villar.

Autores:

Ana Aurélio Rocha da Silva
André Luiz Ferreira de Rezende
Marlon de Jesus Oliveira e Silva
Raquel Souza Passos,
Reinaldo Falluh Filho
Wallace Acioli Freire de Gois

Editores:

Elisa de Carvalho
Erika Bömer
Isis Quezado Magalhães
Renilson Rehem

Ficha catalográfica

Hospital da Criança de Brasília José Alencar.

Diretriz Interprofissional de Atenção à Criança e ao Adolescente com
Ingestão de Corpos Estranhos/Silva, Ana Aurélio Rocha da. et. al. Brasília:
HCB, 2016.

24p.

Editores: Elisa de Carvalho, Erika Bömer, Isis Quezado Magalhães,
Renilson Rehem.

1. 1. Corpos estranhos - ingestão. 2. Pediatria. 3. Criança. I. Silva, Ana
Aurélio Rocha da. II. Rezende, André Luiz Ferreira de. III. Silva, Marlon
de Jesus Oliveira e. IV. Passos, Raquel Souza. V. Falluh Filho, Reinaldo. VI.
Gois, Wallace Acioli Freire de. VII. Título.

CDU: 612.2

SUMÁRIO

DIRETRIZ INTERPROFISSIONAL

1. INTRODUÇÃO.....	6
1.1. Objetivos.....	6
1.2. Equipes médicas de referência.....	6
2. CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE	7
2.1. Critérios de inclusão.....	7
2.2. Critérios de exclusão.....	7
3. FLUXO PARA ADMISSÃO NA DIRETRIZ CLÍNICA DE INGESTÃO DE CORPOS ESTRANHOS DO HCB.....	7
4. ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO.....	9
5. ABORDAGEM DIAGNÓSTICA.....	9
5.1. História clínica.....	9
5.2. Radiografia.....	9
5.3. Tomografia Computadorizada.....	10
5.4. Endoscopia Digestiva Alta (EDA).....	10
6. ABORDAGEM TERAPÊUTICA.....	10
6.1. Remoção endoscópica.....	12
6.2. Intervenção cirúrgica.....	12
6.3. Seguimento.....	12
7. MANEJO DE ACORDO COM O TIPO DE CORPO ESTRANHO INGERIDO	12
7.1. Objetos rombos.....	12
7.2. Moedas	12
7.3. Baterias.....	13
7.4. Objetos pontiagudos.....	15
7.5. Ímãs.....	16
7.6. Bolo alimentar.....	17
8. INDICAÇÕES PARA SEGUIMENTO NO AMBULATÓRIO DE DOENÇAS ESOFÁGICAS DO HCB.....	17
9. BIBLIOGRAFIA.....	18
ANEXO.....	19

1. INTRODUÇÃO

A ingestão de corpos estranhos (CE) é um tema importante em pediatria, uma vez que pode levar à alta morbidade, sendo responsável por grande parte dos atendimentos em emergências pediátricas e procedimentos em endoscopia digestiva. Em pediatria, a grande maioria dos casos ocorre de forma acidental, em crianças menores de cinco anos. Os CE podem ficar em áreas de constrições fisiológicas, de estenoses congênitas ou adquiridas, ou ainda de cirurgias prévias do trato digestório. O esôfago é o órgão onde mais frequentemente acontecem as complicações. Aproximadamente 80% dos corpos estranhos são eliminados espontaneamente, 20% requerem retirada endoscópica e menos de 1% demandam cirurgia.

As moedas são os CE mais frequentemente envolvidos, porém, outros objetos estão associados à maior morbimortalidade, como os pontiagudos, os perfurocortantes, os ímãs e as baterias. Estas últimas, por estarem contidas em vários brinquedos, aparelhos eletrônicos, controles e outros objetos de fácil acesso às crianças, têm sido responsáveis por um grande número de acidentes e, se não forem retiradas do esôfago em até duas horas após a ingestão, podem causar várias complicações relacionadas à compressão local, ao extravasamento de substâncias tóxicas (formando radicais hidróxido na mucosa e tornando o pH alcalino) ou à carga elétrica. Nos últimos anos, com o aumento do uso das baterias de lítio e de maior diâmetro, têm sido relatadas complicações mais graves, como perfurações esofágicas, pneumotórax, mediastinite, broncoaspiração, pneumonias, infecções sistêmicas, estenoses esofágicas, insuficiências respiratórias, fístulas traqueoesofágicas e fístulas para grandes vasos, que podem ocorrer até vários dias após a retirada endoscópica.

A ingestão de CE pode levar a sintomas inespecíficos. Sendo assim, quando não é presenciada por adultos e/ou ocorre em crianças pequenas, frequentemente há atraso no diagnóstico e no tratamento, o que pode levar a complicações graves, incluindo o óbito. É necessário, portanto, um alto índice de suspeição por parte da família e, particularmente, dos pediatras, a fim de estabelecer o diagnóstico precoce e o tratamento adequado em tempo hábil.

1.1. Objetivos

Geral:

Sistematizar a assistência às vítimas de ingestão de CE, promovendo efetividade assistencial.

Específicos:

- Estabelecer critérios para a indicação e tempo para a realização do exame endoscópico.
- Organizar o fluxo de atendimento, investigação, tratamento e acompanhamento dos pacientes de até 18 anos de idade, vítimas de ingestão de CE, atuando junto à rede de saúde SES/DF, no que tange à pediatria terciária.

1.2. Equipes médicas de referência

Equipe médica responsável pelo programa

- Endoscopia Digestiva

Equipes médicas de apoio

- Gastroenterologia Pediátrica
- Radiologia
- Cirurgia Pediátrica

Assistência complementar

- Enfermagem
- Nutrição

- Psicologia
- Serviço Social

2. CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

2.1. Critérios de inclusão

São elegíveis para este programa, crianças e adolescentes de até 18 anos de idade encaminhados para avaliação, com história clínica e/ou quadro clínico sugestivo de ingestão de CE, cujos exames confirmarem o diagnóstico.

2.2. Critérios de exclusão

- Pacientes cujos exames complementares descartarem o diagnóstico de ingestão de CE.
- Pacientes acima de 18 anos de idade.

3. FLUXO PARA ADMISSÃO NA DIRETRIZ CLÍNICA DE INGESTÃO DE CORPOS ESTRANHOS DO HCB

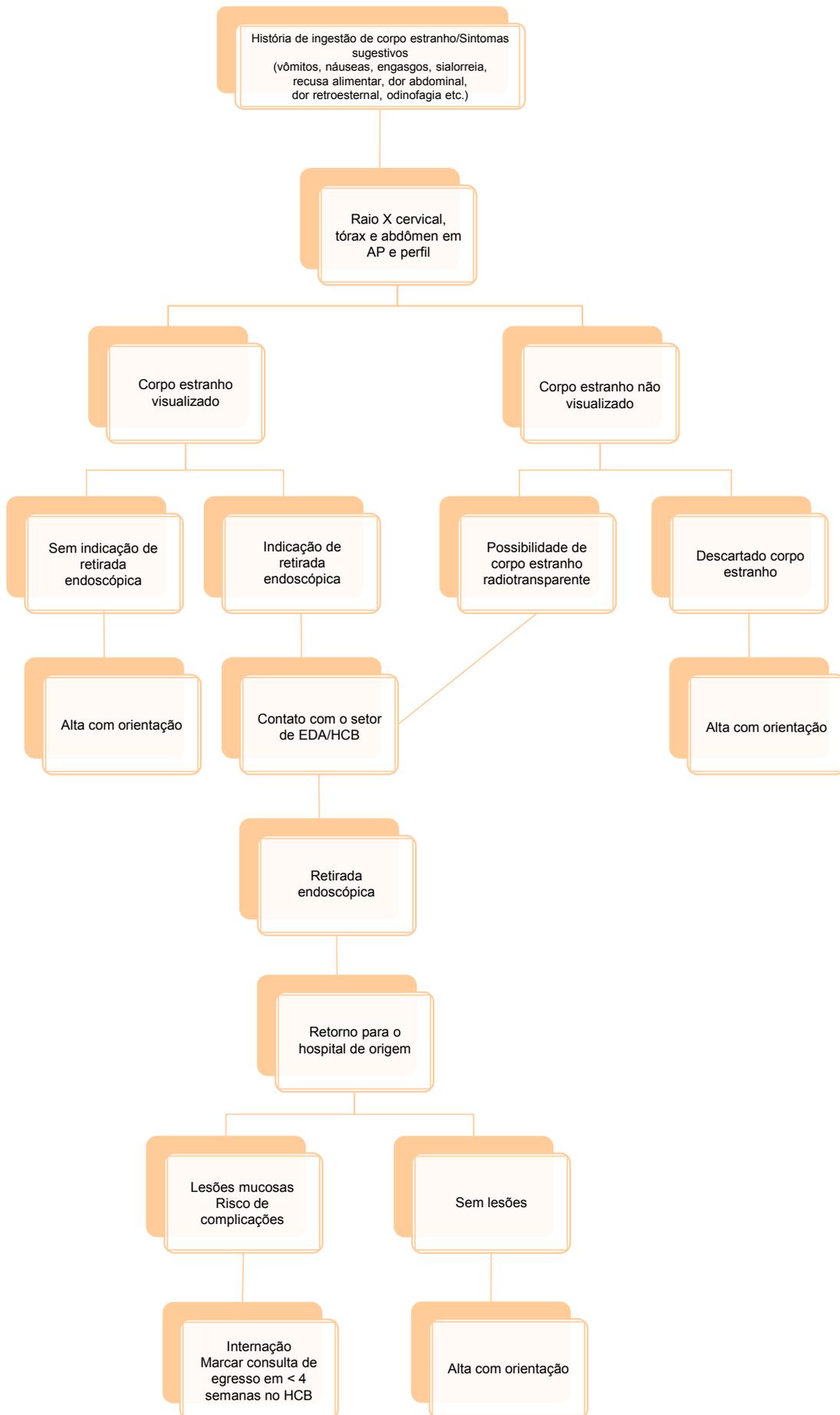
A avaliação inicial do paciente será realizada pelo profissional de saúde do hospital de origem, que procederá à investigação diagnóstica, incluindo a anamnese e o exame físico, bem como os exames complementares (radiológicos), visando à melhor avaliação do tipo, forma, tamanho e localização do CE, o que definirá a conduta a ser seguida a partir de então. Ao confirmar o diagnóstico ou se persistir forte suspeita clínica de ingestão de corpo estranho, a equipe assistente entrará em contato por telefone com a equipe do Centro Cirúrgico do Hospital da Criança de Brasília (HCB), que agendará o exame endoscópico de acordo com a urgência do caso. O paciente deverá ser encaminhado para o Setor de Endoscopia Digestiva do HCB, acompanhado pelo médico e/ou de enfermagem, portando o pedido médico para a realização do exame. O fluxograma para a realização do exame endoscópico no HCB encontra-se no Anexo I. Deverá ser preenchido um protocolo de atendimento que se encontra no Anexo II. A orientação seguirá o protocolo definido por esta diretriz.

A segunda avaliação será realizada pelo médico endoscopista que, através do exame endoscópico, definirá a gravidade das lesões, o que determinará a conduta e o prognóstico do paciente. Após a realização do exame, o paciente retornará ao hospital de origem ou será removido rumo ao Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF), para tratamento especializado, caso seja necessário, e seguirá o fluxo de atendimento de acordo com o tipo de corpo estranho ingerido e as lesões encontradas.

Aqueles que não apresentarem lesão mucosa ou risco para desenvolver complicação, receberão alta com orientações. Os pacientes que apresentarem lesões mucosas, complicações ou risco potencial para desenvolvê-las, serão admitidos no Programa de Acompanhamento da Diretriz Ingestão de Corpos Estranhos do HCB. Nesses casos, o exame endoscópico de controle será agendado, em média, para quatro semanas depois. A consulta de egresso no ambulatório de Doenças Esofágicas do HCB deverá ser solicitada pelo hospital de origem por meio do e-mail agendamento@hcb.org.br. Diante da solicitação pelo hospital de origem, a equipe de agendamento do HCB será responsável pela marcação da consulta de uma a quatro semanas após a alta do paciente.

A Figura 1 ilustra o fluxo de admissão na Diretriz Clínica de Ingestão de Corpo Estranho do HCB.

Figura 1: Fluxograma de atendimento dos casos de ingestão de corpo estranho



4. ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO

A avaliação inicial do paciente será realizada por médico do hospital de origem e deverá incluir: a idade; o quadro clínico do paciente; o tempo decorrido desde a ingestão; o tipo, o tamanho, a forma e a localização do CE; os sinais de complicação e a gravidade do caso. Com base nesses dados, serão estabelecidos a indicação e a urgência para a remoção endoscópica. Nos casos com indicação de remoção, o endoscopista do HCB procederá à remoção do CE e avaliará se há lesão da mucosa subjacente, complicações e/ou risco potencial de desenvolvê-las. Características do CE aliadas à gravidade das lesões determinarão o risco, o que está exposto na Tabela 1.

Os pacientes classificados como risco 1 serão incluídos na Abordagem Terapêutica Risco 1 (ATR1); os classificados como risco 2 serão incluídos na Abordagem Terapêutica Risco 2 (ATR2) e aqueles pacientes categorizados como risco 3 deverão seguir a Abordagem Terapêutica Risco 3 (ATR3).

Tabela 1: Estratificação de risco para ingestão de corpo estranho

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO	DESCRIÇÃO	RISCO DE COMPLICAÇÕES
Risco 1	CE localizados abaixo do esôfago, rombos, que não eliminam substâncias tóxicas, menores de 2,5cm em diâmetro e 6cm em comprimento, em paciente sem fator de risco para impactação, em paciente assintomático. Ex.: moedas.	Baixo
Risco 2	CE no esôfago; baterias, 2 ímãs ou mais, perfurocortantes ou pontiagudos; CE maiores que 2,5cm em diâmetro e 6cm em comprimento; com fator de risco para impactação, mas sem complicação.	Moderado
Risco 3	Pacientes já com complicações	Alto

5. ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

5.1. História clínica

Ingestões que ocorrerem em crianças maiores ou forem presenciadas por adultos poderão ser relatadas, incluindo tipo, formato, tamanho, presença de pontas, tempo de ingestão e sintomas.

Em crianças menores ou quando a ingestão não tenha sido presenciada, questionar sinais/sintomas que sugerem o diagnóstico, como: engasgo, vômitos, saliva com sangue, hematêmese, disfagia, odinofagia, dor retroesternal ou torácica, sialorreia e recusa alimentar.

5.2. Radiografia

Radiografias simples cervicais, torácicas e abdominais em AP e perfil permitem visualização de CE radiopacos em todo o trato digestório e podem demonstrar sinais de perfuração ou mediastinite.

5.3. Tomografia Computadorizada

Em geral, não é necessária. Deve ser indicada nas seguintes situações:

- a) Corpos estranhos radiotransparentes, em casos selecionados.
- b) Suspeita de complicações, como perfuração, peritonite e mediastinite.
- c) Auxílio no diagnóstico diferencial.

5.4. Endoscopia Digestiva Alta (EDA)

O exame endoscópico pode ser diagnóstico, nos casos de ingestões de CE radiotransparentes ou não relatadas, e terapêutico, para a retirada do CE. A indicação e o tempo para a realização do exame dependem da idade e do quadro clínico do paciente, do tempo de jejum, do tipo e da localização do CE e do tempo desde a ingestão, além do risco relativo de aspiração, obstrução ou perfuração e está resumido no Anexo III. Complicações como perfuração de esôfago ou intestino contraindicam o exame. Após a retirada do CE, a mucosa deve ser examinada para excluir lesão significativa de mucosa do trato digestório.

6. ABORDAGEM TERAPÊUTICA

A abordagem terapêutica será determinada pelo quadro clínico do paciente, pelo tempo da ingestão e de jejum, características e localização do CE, bem como pelo risco de complicações; está resumida na Tabela 2.

Objetos rombos, menores que 2,5cm de diâmetro ou que 6cm de comprimento, que não eliminam substâncias tóxicas, em pacientes sem estenoses ou cirurgias prévias do trato digestório e que estejam abaixo do esôfago apresentam baixo risco (risco1) e devem ser incluídos na Abordagem Terapêutica Risco 1. A conduta é expectante, sem indicação de remoção endoscópica, exceto se o paciente apresentar sintomas.

Objetos localizados no esôfago, independentemente do tipo, objetos pontiagudos, perfurocortantes, baterias, dois ou mais ímãs, objetos maiores que 2,5cm de diâmetro ou que 6cm de comprimento, ou ainda se o paciente tiver história de estenose ou de cirurgia prévia do trato digestório, mas sem lesões ou sinais de complicação, apresentam risco moderado e devem ser incluídos na Abordagem Terapêutica Risco 2. Esses pacientes devem ser submetidos à remoção endoscópica imediata (menos de duas horas) ou urgente (até 24 horas). Após a remoção do CE, o paciente deverá retornar ao hospital de origem e receber alta com orientação.

Pacientes que apresentarem lesões do trato digestório, sinais clínicos ou radiológicos de perfuração, como pneumomediastino ou pneumoperitônio, ou que apresentarem extravasamento de material tóxico para o mediastino devem ser incluídos na Abordagem Terapêutica Risco 3. Os pacientes cujo exame endoscópico demonstrar lesão mucosa deverão retornar ao hospital de origem ou ser transferidos para o HBDF, caso não seja possível o tratamento adequado no hospital de origem. O tratamento deverá ser individualizado, de acordo com o tipo de lesão, e pode incluir: restrição de dieta por via oral, dieta por sonda, hidratação venosa, sintomáticos, antibióticos e bloqueadores H2 ou inibidores de bomba de prótons. Nos casos de perfuração, deve ser solicitada avaliação pela cirurgia pediátrica. Esses pacientes deverão ter consulta de egresso marcada no Ambulatório de Doenças de Esôfago do HCB em até quatro semanas após a alta.

A posologia dos medicamentos está disponível no Anexo IV.

Tabela 2: Abordagem Terapêutica

ABORDAGEM TERAPÊUTICA	SITUAÇÕES	CONDUTA
ATR 1	CE localizados abaixo do esôfago, rombos, que não eliminam substâncias tóxicas, menores que 2,5cm em diâmetro e 6cm em comprimento, em paciente sem fator de risco para impactação, assintomático	Remoção endoscópica eletiva, se surgirem sintomas. Alta com orientações.
ATR 2	CE no esôfago, perfurocortantes ou pontiagudos, baterias, dois ou mais ímãs, CE maior que 2,5cm em diâmetro e que 6cm de comprimento; com fator de risco para impactação, mas sem complicação	Remoção endoscópica imediata ou urgente. Retorno ao hospital de origem. Alta com orientação
ATR 3	Pacientes com complicações: - lesões de mucosa, - perfuração esofágica ou intestinal, - extravasamento de material tóxico para o mediastino	Internação Dieta oral zero Dieta por sonda Hidratação venosa Sintomáticos Antibióticos Bloqueadores H2 ou inibidores da bomba de prótons Avaliação pela Cirurgia Pediátrica Consulta de egresso no HCB.

6.1. Remoção endoscópica

A remoção endoscópica, quando indicada, deve ser realizada de forma imediata (menos de duas horas), urgente (até 24 horas) ou eletiva (mais de 24 horas), de acordo com cada situação, o que está demonstrado no Anexo IV. Recomenda-se repetir a radiografia imediatamente antes da endoscopia de forma a evitar exame desnecessário, para os pacientes nos quais o CE já tenha migrado.

6.2. Intervenção cirúrgica

Indicada de acordo com as peculiaridades de cada caso, se houver:

- Perfuração, obstrução ou fístula;
- Objetos perfurantes ou cortantes no mesmo local por mais de três dias;
- Outros objetos no mesmo local por mais de uma semana.

6.3. Seguimento

Na alta hospitalar, os pacientes devem ser orientados a retornar caso apresentem sinais de alerta, como sialorreia, dor retroesternal, dor abdominal, hemorragia digestiva, náuseas e vômitos persistentes.

Nos casos de CE que não puderem ser removidos por endoscopia, a conduta irá variar de acordo com o tipo de CE e dos sintomas apresentados, como será descrito posteriormente.

7. MANEJO DE ACORDO COM O TIPO DE CORPO ESTRANHO INGERIDO

7.1. Objetos rombos

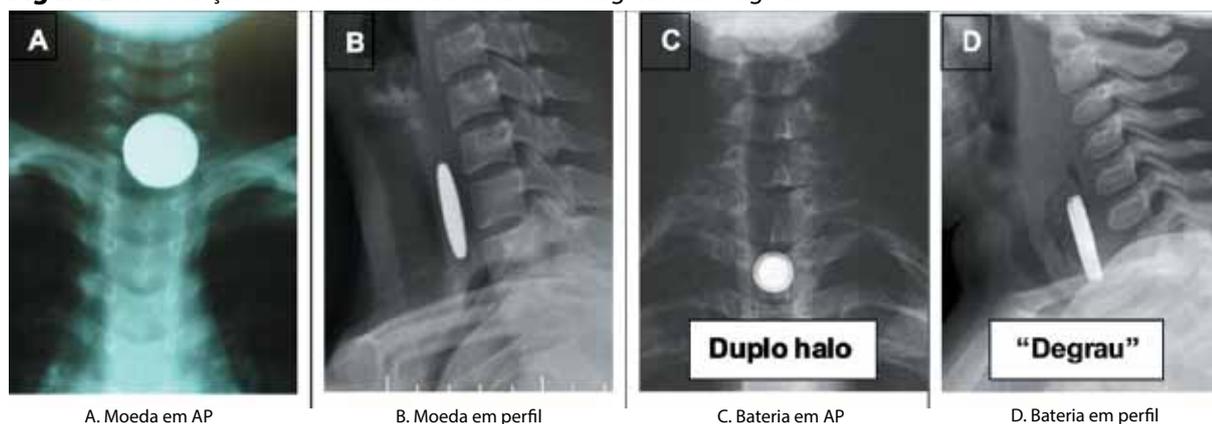
Os objetos rombos não apresentam risco significativo de complicações. O diagnóstico é sugerido pela história clínica e confirmado por exame radiológico, se o CE for radiopaco.

Se estiver localizado no esôfago, existe indicação para retirada endoscópica em até 24 horas, mesmo se o paciente estiver assintomático. Se os objetos estiverem localizados no estômago ou duodeno, devem ser retirados caso apresentem mais de 2,5cm de diâmetro e/ou comprimento maior que 6cm, ou se o paciente estiver sintomático. Para objetos menores em pacientes assintomáticos, recomenda-se acompanhamento clínico, indicando-se a retirada caso o paciente passe a apresentar sintomas ou se não tiver eliminado o CE espontaneamente em até quatro semanas.

7.2. Moedas

Apesar do bom prognóstico habitual, a moeda é causa importante de preocupação para as famílias, por ser o CE mais frequentemente ingerido. Após a anamnese e o exame físico, as radiografias simples em AP e perfil (cervical, tórax e abdômen) confirmarão o diagnóstico, demonstrarão a localização e ajudarão a diferenciar moedas de baterias (estas, com imagem de duplo halo em AP e de degrau no perfil), como demonstrado na figura 2. Essa diferenciação é importante porque a conduta varia nas duas situações.

Figura 2: Diferenças entre moedas e baterias nas imagens radiológicas.



O exame endoscópico permite a retirada da moeda e a visualização da mucosa subjacente; sua indicação depende da localização e dos sintomas, conforme demonstrado na Tabela 3.

Tabela 3: Conduta na ingestão de moeda

Localização	Paciente sintomático	Paciente assintomático
Esôfago	Retirada imediata (se incapaz de deglutir saliva ou sintomas respiratórios)	Retirada em até 24 horas, repetindo-se o raio-X imediatamente antes da EDA, pela possibilidade de migração
Estômago	Retirada urgente (espera-se o tempo de jejum)	Repetir radiografias e retirar em 2-4 semanas se a moeda permanecer no estômago ou se o paciente se tornar sintomático

7.3. Baterias

A ingestão de bateria tem sido responsável por complicações graves, que podem ocorrer se ela não for retirada em até duas horas. São esofagites cáusticas, estenoses e perfurações esofágicas, mediastinites, fístulas traqueoesofágicas, fístulas para grandes vasos e óbito. Na literatura há relato de óbito por hemorragia digestiva (fístula para grande vaso), que ocorreu até 27 dias após a retirada endoscópica da bateria.

O diagnóstico é dado pelo relato de ingestão, porém, como as baterias estão presentes em muitos aparelhos e, com frequência, as ingestões não são presenciadas, sintomas como sialorreia, recusa alimentar, engasgos e sintomas respiratórios persistentes, além de sinais como dispneia e enfisema subcutâneo devem levantar essa hipótese diagnóstica.

As radiografias cervicais, torácicas e abdominais em AP e perfil confirmam o diagnóstico (imagem de duplo halo em AP e de degrau em perfil) e a localização, além de diferenciar as baterias das moedas, como demonstrado na Figura 2.

A localização vai determinar o tempo de retirada endoscópica, como demonstrado na tabela 4.

Tabela 4: Conduta na ingestão de bateria

Localização	Paciente sintomático	Paciente assintomático
Esôfago	Remoção imediata	Remoção imediata
Estômago/ Duodeno	Remoção imediata, se o paciente tiver risco de impactação ou se ingeriu também um ímã	Remoção urgente (espera-se o tempo de jejum)
Abaixo do duodeno	Retirada por colonoscopia ou cirurgia	Repetir raio X em 48 horas, posteriormente em 10-14 dias ou se surgirem novos sintomas. Se não progredir, avaliar necessidade de remoção por colonoscopia ou cirurgia

Nos casos em que não houver lesão da mucosa, o paciente deverá receber alta com orientação de retornar se tiver qualquer sintoma. Nos casos em que houver lesão significativa da mucosa esofágica, o endoscopista deve passar sonda nasogástrica (SNG), sob visão direta. Esses pacientes devem ser internados, sem dieta por via oral, recebendo dieta por sonda, em uso de antibiótico de amplo espectro e inibidor de bomba de próton por via endovenosa. E devem ser submetidos a tomografia torácica ou ressonância magnética, se disponível, para avaliação da parede esofágica e de áreas subjacentes. De acordo com os sintomas e exames, define-se a conduta, como na tabela 5. As doses dos medicamentos se encontram no Anexo IV.

Tabela 5: Conduta na esofagite relacionada à ingestão de bateria (conferir padronização)

Grau de lesão	Conduta
Sem lesão	Alta com orientação
Lesão leve sem sinal de perfuração	Introduzir dieta líquida por via oral e progredir de acordo com a idade e a aceitação da criança Alta quando estiver assintomático, com orientação EDA em 3-4 semanas Consulta no HCB em até 4 semanas
Lesão moderada a grave, mas sem sinais de perfuração	Internação por pelo menos 7 dias Dieta exclusiva por sonda Antibiótico de largo espectro por via endovenosa Inibidor de bomba de prótons (IBP) ou bloqueador H2 Alta em uso de IBP ou bloqueador H2. EDA em 3-4 semanas Consulta no HCB em até 4 semanas

Sinais de perfuração ou extravasamento de material para o mediastino ou formação de fístula traqueoesofágica

Avaliação pela equipe da cirurgia
Dieta oral zero
Antibiótico endovenoso
Internação por pelo menos 21 dias (período de maior risco)
Repetir TC ou realizar ressonância até não haver risco de lesão mais grave.
Se hemátêmese, pensar em fístula para grande vaso: toracotomia juntamente com a cirurgia cardiovascular.
EDA de controle após 3-4 semanas
Consulta no HCB em até 4 semanas

7.4. Objetos pontiagudos

Esse tipo de objeto é responsável por 10%-13% dos casos de ingestão de corpos estranhos. Inclui objetos como palitos, ossos, vidros, alfinetes, agulhas etc. Sua importância está no alto risco de complicação por perfuração, migração extraluminal, abscesso, peritonite, formação de fístula, apendicite, penetração em órgãos como fígado, vesícula, coração e pulmões, hérnia umbilical encarcerada, ruptura de artéria carótida, fístula aortoesofágica e morte. O local em que mais ocorrem perfurações é a região ileocecal, já tendo sido relatadas em esôfago, piloro, ângulo do duodeno e cólon. O índice de complicação é maior nos pacientes sintomáticos, particularmente quando há atraso no diagnóstico e com objetos radiotransparentes.

Na anamnese, além da história de ingestão, os principais sintomas são dor e disfagia, porém, muitos pacientes são assintomáticos, mesmo quando há perfuração.

Deve-se realizar raio X cervical, de tórax e abdômen, em duas incidências. Objetos metálicos são sempre visualizados. Porém, vidros, espinhas de peixe e pedaços de ossos são visualizados apenas em alguns casos e objetos de madeira não são visualizados. Se o raio X não evidenciar o CE, mas a suspeita clínica persistir, deve-se indicar endoscopia, que nesse caso será diagnóstica e terapêutica. Os exames radiológicos também contribuirão na avaliação de pacientes com sinais clínicos de perfuração.

Conduta de acordo com a localização e os sintomas:

1) Esôfago, estômago ou duodeno

- Retirada endoscópica de emergência, independente dos sintomas;

2) Abaixo do duodeno

- Paciente sintomático: avaliação pela cirurgia

- Paciente assintomático:

- Monitorar em hospital;
- Paciente orientado a relatar qualquer sinal de dor abdominal, vômitos, febre, hemátêmese ou melena;
- Repetir raio x abdominal diariamente.

Se o CE não progredir em 72 horas ou se o paciente apresentar sinais/sintomas de perfuração (sintomas respiratórios, enfisema subcutâneo, edema no pescoço ou sinais de peritonite), deve-se solicitar avaliação pela cirurgia. O fluxograma de atendimento nos casos de objetos pontiagudos pode ser visto na Figura 3.

Figura 3: Fluxograma de atendimento nas ingestões de CE pontiagudos



7.5. Ímãs

Tem sido descrito um aumento progressivo da incidência de ingestões de ímãs, frequentemente encontrados em brinquedos, além de casos mais graves, relacionados ao uso de ímãs de neodímio, que têm maior poder magnético. Quando ingeridos em maior quantidade (dois ou mais) ou associados a objeto metálico, existe risco de complicações como fístula enteroentérica, perfuração, peritonite, volvo, isquemia e necrose de alça intestinal, além de óbito.

Na anamnese, além da história de ingestão, são relatados sintomas como disfagia, vômitos e dor abdominal, porém, mais de 50% dos casos são assintomáticos. O exame radiológico está indicado para definir a quantidade e a localização dos ímãs, fatores que definirão a conduta, como descrito na Tabela 6.

Tabela 6: Conduta na ingestão de ímãs

	Um ímã	≥ 2 ímãs ou 1 ímã e 1 objeto metálico
Esôfago	Retirada urgente	Retirada urgente
Estômago ou duodeno	Retirada urgente se paciente sintomático (urgente)	Retirada urgente, independente dos sintomas
Abaixo do duodeno	Alta hospitalar	Observação clínica e radiológica Solicitar a avaliação pela cirurgia pediátrica, se não progredir espontaneamente

7.6. Bolo alimentar

Não está entre os corpos estranhos verdadeiros, mas é o principal objeto de impactação no esôfago de adolescentes e adultos. Em 88%-97% dos adultos existem doenças esofágicas subjacentes, entre as quais esofagite eosinofílica, estenoses esofágicas (pépticas ou de anastomoses cirúrgicas), acalásia ou distúrbios de motilidade.

Na anamnese, é importante a história do engasgo com alimento, seguido pelo aparecimento de sintomas como dificuldade para deglutir líquidos, dor retroesternal, sialorreia e sinais de broncoaspiração.

Remoção endoscópica imediata está indicada nos casos de obstrução total, levando a sialorreia e dor cervical. Se a obstrução não for total e o paciente conseguir deglutir saliva, é possível aguardar até 24 horas para remoção, caso não haja clareamento esofágico espontâneo.

Nos casos de impactação de alimentos, está indicada a realização de biópsias e outros exames para investigação de doenças esofágicas. Se houver área de estenose, deve-se programar dilatação esofágica posteriormente.

Esses pacientes devem ser encaminhados para acompanhamento no Ambulatório de Doenças do Esôfago do HCB.

8. INDICAÇÕES PARA SEGUIMENTO NO AMBULATÓRIO DE DOENÇAS ESOFÁGICAS DO HCB

Os pacientes com história de ingestão de CE que apresentarem lesão mucosa esofágica, gástrica ou duodenal, incluindo esofagite cáustica por ingestão de bateria; pacientes com estenoses esofágicas, pilóricas ou duodenais, com esofagite eosinofílica, acalásia, além de pacientes com história de impactação de alimentos, cuja causa precisa ser investigada, devem ter consulta de egresso agendada no HCB, sendo iniciados o acompanhamento, investigação e tratamento individualizado de acordo com a doença de base e a apresentação clínica de cada paciente.

As metas que deverão ser alcançadas estão descritas na Tabela 7.

Metas terapêuticas	Melhorar os sinais e os sintomas do paciente Investigar possíveis causas de impactação de alimentos e outros CE Diagnosticar e tratar os casos de estenose esofágica ou pilórica Detectar e tratar a doença do refluxo gastroesofágico Otimizar o crescimento e o desenvolvimento Melhorar a qualidade de vida Reduzir a necessidade de cirurgias
Metas do paciente	Comparecer às consultas* Comparecer para as dilatações endoscópicas caso necessário* Uso correto das medicações Seguir as orientações de dieta

* Em caso de falta, esta deverá ser justificada.

9. BIBLIOGRAFIA:

1. CHAVES, D. M., ISHIOKA, S., CHENG, S., MARTINS., B, C. *Corpos estranhos de esôfago*. IN SAKAI, P., ISHIOKA, S., MALUF FILHO, F., MOURA, E. G. H., MARTINS, B.C, *Tratado de endoscopia digestiva diagnóstica e terapêutica*. São Paulo, SP: 2014. Pgs. 215-223.
2. KRAMER, R. E., LERNER, D. G., LIN, T., MANFREDI, M. et al. *Management of ingested foreign bodies in children: a clinical report of the NASPGHAN Endoscopy Committee*. J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.. v. 60, n. 4, pgs: 562-74, 2015.
3. SILVA, A. A. R. , PASSOS, R. S. , SIMEONI, L. A., NEVES, F.A.R., CARVALHO, E. *Uso de produtos saneantes: práticas de segurança e situações de risco*. J. Pediatr. v. 90, n.2, mar/abr, 2014.
4. SILVA, M. G. D, MONNERAT, M. M. *Ingestão de corpos estranhos*. In CARVALHO E., SILVA, L. R., FERREIRA, C. T. *Gastroenterologia e nutrição em pediatria*. Barueri: 2012. pgs. 909-923.
5. THOMSON, M., TRINGALI, A., LANDI, R., DUMONCEAU, J. M., et al. *Pediatric Gastrointestinal Endoscopy: European Society of Pediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition (ESPGHAN) and European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guidelines*. J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr. 2016. [Epub ahead of print].

DIRETRIZ INTERPROFISSIONAL
ATENÇÃO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE

12

ANEXOS

INGESTÃO
CORPOS ESTRANHOS

1ª EDIÇÃO

HOSPITAL DA CRIANÇA DE BRASÍLIA

Autores
ANA AURÉLIA ROCHA DA SILVA
ANDRÉ LUIZ FERREIRA DE REZENDE
MARLON DE JESUS OLIVEIRA E SILVA
RAQUEL SOUZA PASSOS
REINALDO FALLUH FILHO
WALLACE ACIOLI FREIRE DE GOIS

Editores
ELISA DE CARVALHO
ERIKA BOMER
ISIS QUEZADO MAGALHÃES
RENILSON REHEM

HOSPITAL DA
CRANÇA
DE BRASÍLIA JOSÉ ALENCAR



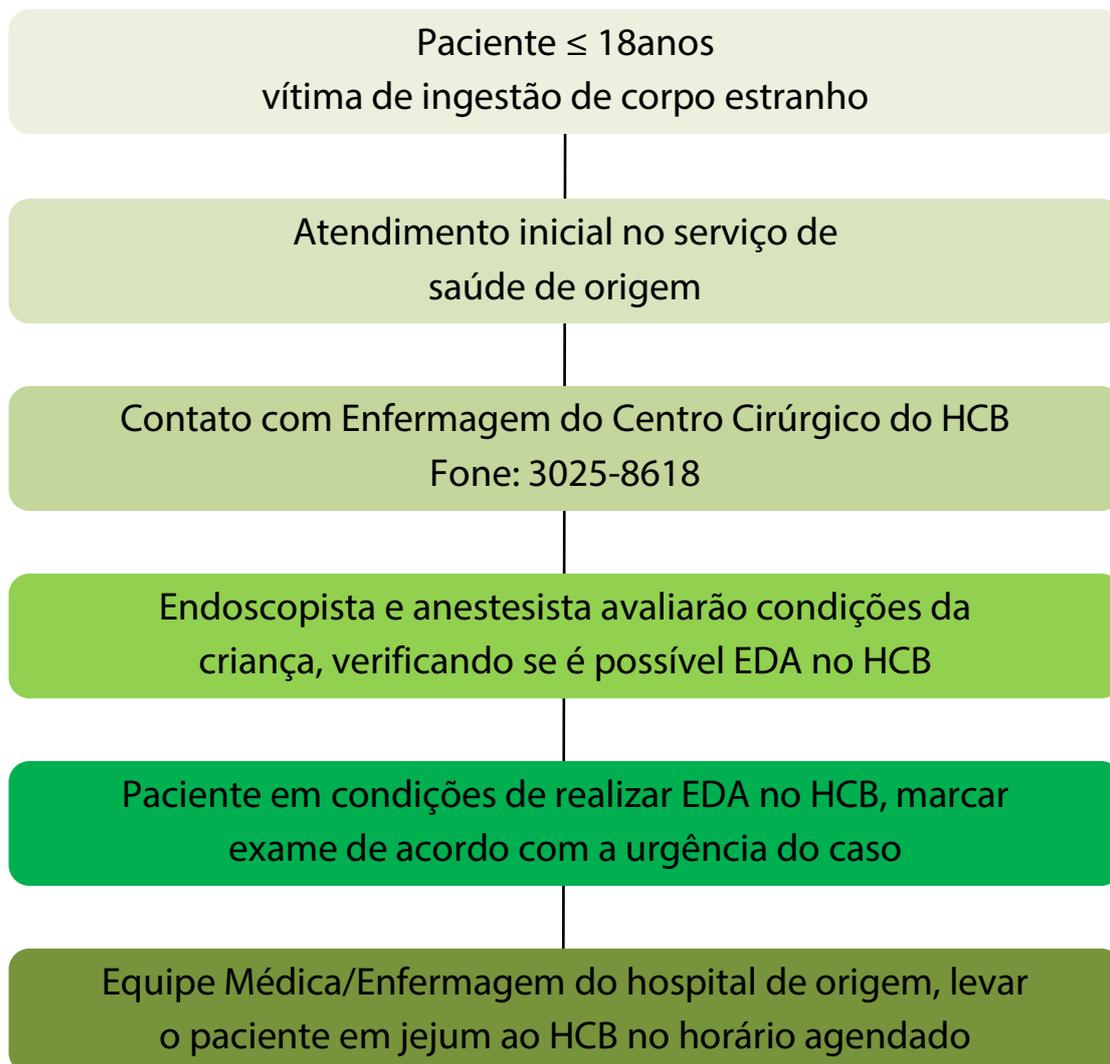
SUMÁRIO

DIRETRIZ INTERPROFISSIONAL

ANEXO I	21
ANEXO II	22
ANEXO III	23
ANEXO IV	24

ANEXO I

Fluxograma para a realização de EDA de vítimas de ingestão de corpos estranho no HCB



ANEXO II

Protocolo de atendimento ao paciente submetido à EDA por ingestão de corpo estranho:

1. Nome: _____ D.N.: ____/____/____

2. SES: _____ Idade: _____

3. Endereço: _____

4. Telefone: _____

5. Hospital de origem: _____

6. Data/hora da ingestão: _____

7. Data hora do exame endoscópico: _____

8. Tempo decorrido da ingestão ao exame: _____

9. Corpo estranho ingerido: _____

10. Localização: Esôfago cervical () Esôfago médio () Esôfago distal () Estômago ()

Abaixo do estômago () _____ Desconhecido ()

11. Sinais sintomas:

Engasgo () Sialorreia () Odinofagia () Disfagia () Vômito () Hematêmese ()

Estridor () Disfonia () Dispneia () Dor retroesternal () Dor abdominal ()

Outros: _____

12. EDA: _____

Anestesia: Sedação () Geral ()

Esôfago: _____

Estômago: _____

Duodeno: _____

13. Passagem de sonda: não () sim () Qual: SNG () SNE ()

ANEXO III

Indicação para remoção endoscópica

Tempo	Situação
Imediata (<2horas)	<ul style="list-style-type: none">- Bateria no esôfago;- Objetos longos, perfurantes ou cortantes;- CE causando obstrução esofágica completa, impedindo deglutição de saliva.
Urgente (<24 horas)	<ul style="list-style-type: none">- Alimento, moeda ou outros CE rombos no esôfago, sem sinais de obstrução completa;- \geq dois ímãs ou um ímã e um objeto metálico;- Objetos no estômago $>2,5$cm de diâmetro ou > 6cm de comprimento;- Persistência de sintomas esofágicos mesmo sem evidência radiológica de corpo estranho;- Bateria no estômago.- Ingestão de CE em pacientes com fatores de risco para impactação abaixo do duodeno (estenoses congênitas ou adquiridas, cirurgias prévias do trato digestório, divertículo de Meckel etc.).

ANEXO IV

Posologia dos medicamentos utilizados na ingestão de corpos estranhos:

Medicamentos	Posologia
1. Inibidores de secreção ácida	
Antagonistas dos receptores H2	
Ranitidina	5 a 10mg/kg/dia – 2x/dia (Máximo: 300mg)
Inibidores da bomba de prótons	
Omeprazol	0,7 a 3,5mg/kg/dia - 1 a 2x/dia
Pantoprazol	0,3 a 1,2mg/kg/dia -1 a 2x/dia
Esomeprazol	5 a 10mg/ dia < 20kg
Lansoprazol	10 a 20mg/ dia >20kg 15 a 30mg, 1x/dia
2. Antibióticos	
Ampicilina + Sulbactam	100mg/kg/dia EV 6/6 ou 8/8 horas
Ceftraxiona	100mg/kg/dia EV 12/12 horas

