

Corpo estranho faringo-laríngeo como causa de disfonia

Pharyngolaryngeal foreign body as cause of disphonia

Alexandra Lopes ■ André Amaral ■ Flávio de Sá ■ Vítor de Sousa ■ Luís Marques Pinto ■ José Ezequiel Barros

RESUMO

A ingestão acidental e a impactação de corpos estranhos na via aerodigestiva é uma urgência otorrinolaringológica comum. Nos adultos, as espinhas são os corpos estranhos mais frequentemente impactados.

Uma anamnese e uma observação cuidadosas são de extrema importância. Os sintomas incluem odinofagia, disfagia, tosse persistente, alteração da voz, sialorreia e menos frequentemente uma complicação respiratória.

As espinhas impactam mais frequentemente numa localização supra-hioideia. Locais menos frequentes de impactação são a hipofaringe, a região cricofaríngea e o esófago, sendo o diagnóstico mais difícil a estes níveis.

A migração extra-luminal ocorre raramente, sendo mais frequente na presença de uma espinha. Atendendo à sua forma, este é o corpo estranho que mais facilmente migra e como tal, é o que apresenta maior taxa de complicações. Nesta situação, é necessário um elevado índice de suspeição, sendo a realização de TC fundamental.

ALEXANDRA LOPES

Interna do Internato Complementar de ORL do Serviço de ORL do Centro Hospitalar de Lisboa – Zona Central (Hospital de São José).

ANDRÉ AMARAL

Interno do Internato Complementar de ORL do Hospital da Força Aérea.

FLÁVIO DE SÁ

Assistente Graduado de ORL do Centro Hospitalar de Lisboa – Zona Central (Hospital de São José).

VÍTOR DE SOUSA

Assistente Graduado de ORL do Centro Hospitalar de Lisboa – Zona Central (Hospital de São José).

LUÍS MARQUES PINTO

Assistente Graduado de ORL do Centro Hospitalar de Lisboa – Zona Central (Hospital de São José).

JOSÉ EZEQUIEL BARROS

Director do Serviço de ORL do Centro Hospitalar de Lisboa – Zona Central (Hospital de São José).

Correspondência:

Alexandra Isabel Neves Lopes
Avenida Dom Afonso Henriques, n.º 24 - 4.º Dto
Alto do Moinho
2855 - 721 Corroios
Tel: 962788430
e-mail: alexandralopes@clix.pt

Trabalho apresentado no 55.º Congresso Nacional da Sociedade Portuguesa de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial.

Os autores apresentam um caso de migração de uma espinha ao nível da banda ventricular laríngea e um algoritmo para o diagnóstico e tratamento de corpos estranhos perfurantes e migrantes.

Palavras-chave: Corpo estranho; espinha; faringe; laringe; radiografia; tomografia computadorizada; migração; complicações.

ABSTRACT

Ingestion and impactation of foreign bodies in the upper aerodigestive tract is a common ENT emergency. In adults, fish bones are the most frequently encountered foreign bodies.

A careful history and a accurate examination are of paramount importance. Symptoms include odynophagia, dysphagia, persistent cough, voice alteration, excessive drooling and, less commonly, respiratory distress.

The commonest site for a fish bone to impact is the supra-hyoid area. Less common sites of impactation are the hypopharynx, cricopharyngeal region and esophagus, being the diagnosis more difficult in these areas.

Extraluminal migration happens rarely, being more common in the presence of a fish bone. According to its shape, this is the foreign body that more easily migrates and consequently presents the biggest rate of complications. In this situation, a high index of suspicion is needed, being fundamental the realization of a CT.

The authors present a case of migration of a fish bone in the laryngeal ventricular band and an algorithm showing a diagnosis and treatment strategy for managing a perforating and migrating foreign body.

Keywords: Foreign body; fish bone; pharynx; larynx; radiography; computed tomography; migration; complications.

INTRODUÇÃO

A ingestão acidental e a impactação de corpos estranhos na via aerodigestiva é uma urgência otorrinolaringológica comum.¹⁻⁶ Existem vários factores predisponentes, nomeadamente, indivíduos desdentados, com hábitos alcoólicos, doença psiquiátrica ou deficiência mental, reclusos ou uso de próteses dentárias.^{2,5,7}

A natureza do corpo estranho geralmente determina o quadro clínico.⁵ A maioria (80 a 90%) dos corpos estranhos que alcançam a via gastrointestinal passam espontaneamente, 10 a 20% necessitam de intervenção não cirúrgica, sendo facilmente identificados e removidos, e 1% necessitam de cirurgia.⁷ Nos adultos, as espinhas são os corpos estranhos mais frequentemente impactados (71 a 85%).¹⁻¹¹

Uma anamnese e uma observação cuidadosas são de extrema importância em doentes com suspeita de ingestão de um corpo estranho. Os sintomas incluem odinofagia, vários graus de disfagia, tosse persistente, alteração da voz, sialorreia e menos frequentemente uma complicação respiratória.^{3,7-9} Se o corpo estranho estiver localizado acima do músculo cricofaríngeo, 95% dos doentes consegue indicar exactamente a sua localização.³ Este facto, é de particular interesse na ingestão de espinhas, as quais impactam mais frequentemente (85 a 90%) numa localização supra-hioideia, nomeadamente na amígdala palatina ou na base da língua. Uma inspecção cuidadosa destas áreas permite geralmente a sua localização e remoção.^{1-3,6,9-11} Locais menos frequentes de impactação são a valécula, o seio piriforme, a região cricofaríngea ou o esófago cervical, sendo o diagnóstico mais difícil a estes níveis.^{1,3,6,9}

Embora muitos deles possam ser facilmente identificados e removidos, alguns requerem investigação radiológica para a sua localização. A radiografia de perfil do pescoço, com as suas limitações, continua a ser o primeiro método radiológico de investigação em doentes com suspeita de ingestão de um corpo estranho.^{1,10,12}

A migração extra-luminal ocorre raramente^{2,8}, sendo mais frequente na presença de uma espinha.¹² Atendendo à sua forma, este é o corpo estranho que mais facilmente migra e como tal, é o que apresenta maior taxa de complicações.^{3,4}

CASO CLÍNICO

AMCL, caucasiano, 44 anos de idade, sexo masculino. Doente com história de ingestão acidental de corpo estranho (espinha de corvina), com início imediato de odinofagia direita. Na tentativa de remover a espinha refere ter efectuado várias manobras com os dedos e ingerido pão. Apesar de não ter sido bem sucedido prosseguiu a refeição deglutindo os alimentos sem os mastigar. Com 24 horas de evolução, por persistência de odinofagia, já não lateralizada, o doente recorreu a um Hospital, sendo a observação do clínico geral negativa. Às 48 horas de evolução por início de disфонia e febre, recorreu novamente ao Hospital e de novo a observação foi negativa, tendo sido medicado com antibiótico e analgésico endovenosos. Teve alta medicado com antibiótico e analgésico per os, com indicação de ser reobservado

no dia seguinte por um otorrinolaringologista. Contudo, por persistência apenas da disфонia, o doente recorreu à consulta de ORL somente ao 8º dia de evolução. A observação da orofaringe foi negativa para corpo estranho e a nasofaringolaringoscopia mostrava um ligeiro abaulamento ao nível da banda ventricular, não se observando corpo estranho. Foi medicado com antibiótico e AINE per os, com indicação para ser reavaliado.

O doente reapareceu na consulta de ORL apenas ao fim de 2 meses de evolução por disфонia de agravamento progressivo e dispneia ligeira com o esforço. À nasofaringolaringoscopia (Figura 1) observava-se abaulamento da banda ventricular direita que se encontrava hiperemiada e com tecido de granulação nos dois terços anteriores do seu bordo livre, com apagamento da corda vocal homolateral. Realizou TC do pescoço (Figuras 2 e 3) que mostrava uma assimetria da laringe com espes-



Fig. 1 | Nasofaringolaringoscopia

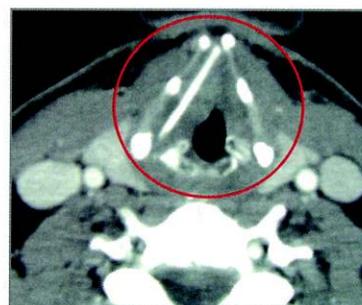


Fig. 2 | TC do pescoço (corte axial)



Fig. 3 | TC do pescoço (corte sagital)

samento da banda ventricular direita e uma formação linear de densidade cálcica, de orientação horizontal, localizada ao longo da banda ventricular direita até à comissura anterior.

Ao 3º mês de evolução foi submetido a tirotomia mediana por via externa para remoção do corpo estranho. Foi efectuada uma incisão arredondada na pele, centrada ao nível da membrana crico-tiróideia. Procedeu-se ao levantamento do retalho cutâneo e ao descolamento dos planos músculo-aponevróticos de modo a obter-se uma boa exposição da cartilagem cricoideia, da membrana crico-tiróideia e do ângulo anterior da cartilagem tiroideia. Efectuou-se uma incisão com bisturi, primeiro, no pericôndrio ao nível da chanfradura da cartilagem tiroideia, procedendo-se ao seu descolamento, e depois na própria cartilagem permitindo a introdução da serra oscilante de modo a proceder-se à tirotomia mediana. O simples afastamento dos bordos da cartilagem tiroideia permitiu a visualização do corpo estranho, tendo-se procedido à sua remoção. (Figura 4) Tratava-se de uma espinha com cerca de 3 cm de comprimento (Figura 5). Procedeu-se então, ao encerramento da cartilagem tiroideia com dois pontos transfixivos com linha reabsorvível, à aproximação dos músculos pré-laríngeos e à colocação do dreno. O encerramento da pele foi efectuada com uma sutura intra-dérmica.



Fig. 4 | Afastamento dos bordos da cartilagem tiroideia

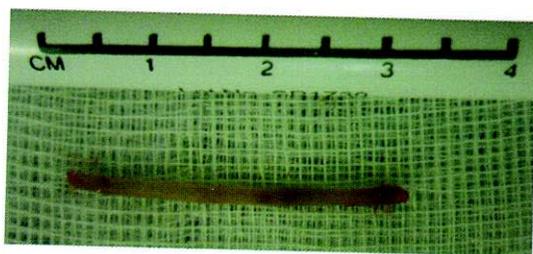


Fig. 5 | Espinha

O pós-operatório decorreu sem intercorrências. O doente esteve em dieta zero nas primeiras 48 horas e sob medicação com ampicilina e prednisolona endovenosas durante o internamento. O dreno foi removido ao 3º dia do pós-operatório, tendo o doente alta ao 4º dia clinicamente bem e medicado com amoxicilina e ácido clavulânico per os.

Durante o pós-operatório, o doente apresentou uma disфонia com melhoria progressiva, tendo reiniciado a sua actividade profissional ao 15º dia. Seis meses após a cirurgia o doente apresenta-se sem disфонia. A nasofaringolaringoscopia de follow-up não apresenta qualquer alteração. (Figura 6)

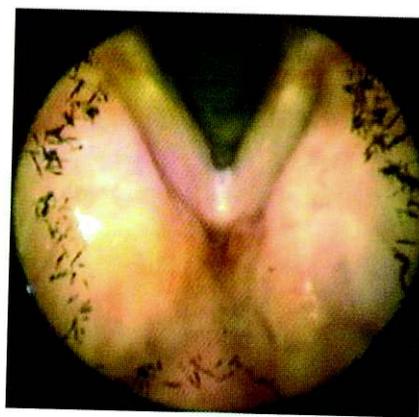


Fig. 6 | Nasofaringolaringoscopia

DISCUSSÃO

Nos adultos, as espinhas são os corpos estranhos que mais frequentemente impactam na via aerodigestiva.

Uma anamnese e uma observação cuidadosas são de extrema importância. Os sintomas incluem odinofagia, vários graus de disfagia, tosse persistente, alteração da voz, sialorreia e menos frequentemente uma complicação respiratória. Apesar do traumatismo produzido por um corpo estranho poder por vezes causar sintomas iguais aos da sua impactação,^{1,7} a presença de sialorreia e lateralização da dor é altamente sugestiva de impactação de corpo estranho.^{3,11} A observação de aumento do volume cervical, laceração, edema, ulceração ou granulação ou a presença de febre ou leucocitose são também muito sugestivas de um corpo estranho penetrante e migrante com conseqüente inflamação e infecção.^{2,8,13,15}

A região cricofaríngea é uma área muito particular atendendo que, os sintomas a este nível são imprecisos, é uma área dificilmente observada, é a este nível que a impactação mais frequentemente dá origem a perfuração e é também a este nível que existe uma grande dificuldade na remoção por endoscopia flexível, efectuando-se esta através de esofagoscopia rígida sob anestesia geral.^{3,7,8}

A radiografia de perfil do pescoço, com as suas limitações, continua a ser o primeiro método radiológico de investigação realizado em doentes com suspeita de ingestão de um corpo estranho cuja observação é negativa. É um exame com especificidade satisfatória (72 a 86%) mas com baixa sensibilidade (15 a 39%) para a detecção de espinhas, dado que grande parte destas são radiotransparentes e estão impactadas na área de maior sobreposição de tecidos moles e osso.^{3,10-13} A calcificação das cartilagens da via aérea superior e do ligamento pré-vertebral pode também dar origem a falsos positivos ou negativos.^{3,11,13,14,16} Outra limitação deste exame é o facto de não mostrar a localização exacta do corpo estranho, nem se ocorreu migração.^{2,13} Deste modo, o diagnóstico não se deve basear apenas na radiografia, tendo os sintomas e sinais uma sensibilidade e especificidade maiores.¹¹

A visibilidade de uma espinha na radiografia de perfil do pescoço varia com o tipo de peixe ingerido, portanto com a radiopacidade da espinha, (Tabela 1)¹, com a localização da impactação (sendo o local mais facilmente visível a laringo-faringe e o menos visível a amígdala palatina) (Figura 7)¹⁶ e com a orientação da espinha relativamente ao filme (é mais facilmente visível com orientação ortogonal relativamente ao filme).^{10,12,14} A sensibilidade da radiografia pode ser maior tendo em

conta a radiopacidade da espinha ingerida,^{1,14} ou seja, se o Rx não mostra a espinha e é sabido que a espinha ingerida é radiopaca, é seguro observar apenas o doente e não se realizar esofagoscopia, tendo em conta que os sintomas e sinais são favoráveis. Por outro lado, se a espinha é radiotransparente, um Rx negativo não exclui a possibilidade da presença de corpo estranho.^{1,14}

Quando visível, a espinha revela-se como uma área linear radiopaca, podendo também estar presentes sinais secundários, tais como, alargamento do espaço pré-vertebral, colecção anormal de ar nos tecidos moles (que pode indicar a presença de perfuração) e ausência ou inversão de lordose cervical.^{11,13}

A realização de TC do pescoço é fundamental em indivíduos com uma forte suspeita de impactação de corpo estranho sem indicação para realização de esofagoscopia rígida, nomeadamente com observação e Rx do pescoço negativos, sem disfagia ou estase salivar.^{3,9} Este exame permite a visualização da maioria dos corpos estranhos, mesmo os pequenos e pouco calcificados (sensibilidade de 97%), dando informação importante relativamente às suas características (tamanho e tipo), localização, orientação e relação com outras estruturas vitais, fundamental para uma exploração cervical bem sucedida.^{2,3,8,12} É assim, o exame de escolha para localizar os corpos estranhos e possíveis complicações.^{2-5,10,12,13}

A grande maioria dos corpos estranhos é intra-luminal, sendo facilmente removidos. Quando um corpo estranho não é localizado endoscopicamente apesar da sua identificação no Rx, deve-se suspeitar da presença de um corpo estranho migrante.^{3,5} A migração extra-luminal ocorre raramente, podendo ocorrer para o tecido subcutâneo do pescoço, pele, artéria carótida, veia jugular interna, glândula tiróide e mediastino.^{2,4-6,8,13,15} O risco de perfuração e migração é determinado pela forma do corpo estranho (quanto mais linear e afiado maior é o risco), pela sua orientação (com uma orientação horizontal tem uma probabilidade maior de migrar extra-luminalmente no sentido de menor resistência) e pelo modo e força da mastigação e da deglutição.^{2,6,13} Quando a perfuração ocorre, esta é facilitada pela contracção forte dos músculos da hipofaringe e crico-esofágicos, induzidos pela deglutição e pelo vómito, explicando assim, as taxas mais elevadas de penetração ao nível da hipofaringe e do esófago cervical.^{5,8,13,15} Neste caso, a espinha provavelmente impactou ao nível do seio piriforme direito, tendo a introdução dos dedos na faringe e a deglutição subsequente precipitado a perfuração a esse nível e facilitado a migração ao longo da banda ventricular direita.

O diagnóstico de migração extra-luminal de um corpo estranho requer assim, um elevado índice de suspeição, sendo a realização de TC fundamental. A Figura 8

Muito radiopaca	Moderadamente radiopaca	Pouco radiopaca
Bacalhau Arinca Salmonete Linguado Areiro Tilápia Robalo Peixe vermelho Dourada Peixe Ruivo Peixe Gato	Salmão Truta Sargo Chaputa Solha Pescada Peixe Espada Tamboril Pargo	Arenque Sardinha Cavala Carapau Merlúcio

Tabela 1 | (Adaptado de Kumar et al, Lue et al e Ell et al [1,11,14])

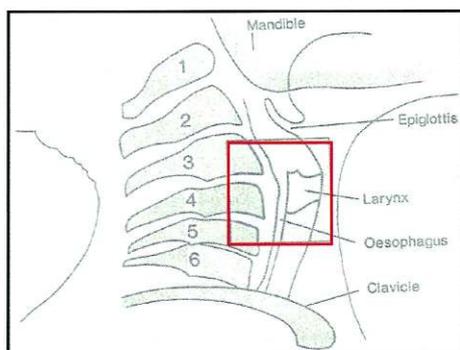


Fig. 7 | O Rx de perfil do pescoço deve incluir a área do quadrado (Adaptado de Kirkham et al [16])

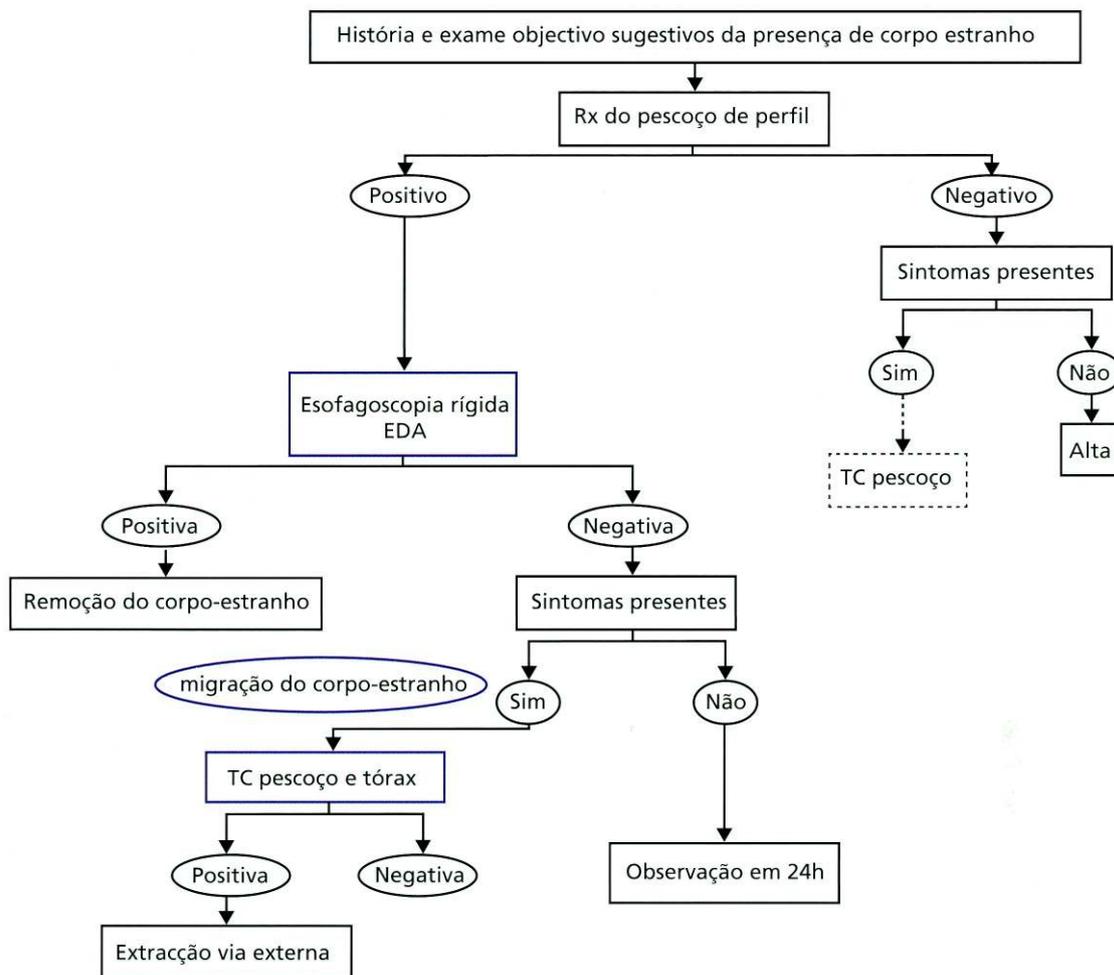


Fig. 8 | Algoritmo para o diagnóstico e tratamento de corpos estranhos perfurantes e migrantes. (Adaptado de Sebeih et al [15])

mostra um algoritmo para o diagnóstico e tratamento de corpos estranhos perfurantes e migrantes.¹³

O diagnóstico e tratamento tardios são os factores que mais contribuem para o desenvolvimento de complicações.^{3,4} Apesar da apresentação com mais de 2 dias de evolução constituir um factor de risco,^{6,7} na série de Chee et al² a migração ocorreu em menos de 24 horas em 75% dos casos. Porém, existem outros factores predisponentes tais como, impactação no músculo cricofaríngeo ou no esófago cervical, radiotransparência do corpo estranho, idade superior a 60 anos, deficiência mental, mau estado geral, diabetes mellitus, doença imunossupressora e estenose esofágica.^{3,6,7}

As complicações, embora raras, apresentam uma elevada taxa de morbilidade e mortalidade, salientando-se a perfuração esofágica, a periesofagite, o abscesso parafaríngeo, retrofaríngeo ou periesofágico, a paralisia do nervo recorrente, a mediastinite, a fístula arterial-esofágica (aorto-esofágica, inominado-esofágica ou subclávio-esofágica), a rotura da artéria carótida ou da veia jugular interna, a pneumonia, o abscesso pulmonar,

o piotórax, a pericardite e o tamponamento cardíaco.^{1-8,10,12,13}

CONCLUSÃO

Após ingestão de um corpo estranho o doente não deve efectuar nenhuma manobra na tentativa de o remover, nomeadamente deglutir alimentos nem induzir o vômito, e deve procurar ajuda médica, preferencialmente de um otorrinolaringologista, o mais rapidamente possível.

A migração de um corpo estranho é rara mas devemos estar alertados para a sua presença, constituindo um desafio diagnóstico e terapêutico. É necessário um elevado índice de suspeição, sendo sugerida na presença de sintomas e sinais suspeitos, de um Rx do pescoço positivo e de uma endoscopia digestiva alta ou esofagoscopia rígida negativas. A TC do pescoço é assim, o método de investigação de escolha para a localização exacta do local da migração. Atendendo às complicações potencialmente fatais de impactação de espinhas, é imperativo que o seu diagnóstico e tratamento sejam efectuados o mais precocemente possível.

REFERÊNCIAS

1. Kumar M, Joseph G, Kumar S, Clayton M. Fish bone as a foreign body. *J Laryngol Otol.* 2003 Jul;117(7):568-9
2. Chee LW, Sethi DS. Diagnostic and therapeutic approach to migrating foreign bodies. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 1999 Feb;108(2):177-80
3. Palme CE, Lowinger D, Peterson AJ. Fish bones at the cricopharynx: A comparison of plain-film radiology and computed tomography. *Laryngoscope* 1999 Dec;109(12):1955-8
4. Tan AK, Hsu PP, Lu PK. Self-extrusion of a foreign body from the upper digestive tract to the skin. *J Laryngol Otol.* 2004 Mar;118(3):242-3
5. Maseda E, Ablanedo A, Baldó C, Fernández MJ. Migración y fistulización a través de la piel de cuerpo extraño faríngeo (espina de pescado). *Acta Otorrinolaringol Esp* 2006;57:474-6
6. Pang KP, Tan NG, Chia KH, Tan HM et al. Migrating foreign body into the common carotid artery. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2005 Apr;132(4):667-8
7. Lai AT, Chow TL, Lee DT, Kwok SP. Risk factors predicting the development of complications after foreign body ingestion. *Br J Surg.* 2003 Dec;90(12):1531-5
8. Murthy PS, Bipin TV, Ranjit R, Murty KD et al. Extraluminal migration of swallowed foreign body into the neck. *Am J Otolaryngol.* 1995 May-Jun; 16(3):213-5
9. Honda K, Tanaka S, Tamura Y, Asato R, et al. Vocal cord fixation caused by an impacted fish bone in hypopharynx: report of a rare case. *Am J Otolaryngol.* 2007 Jul-Aug; 28(4):257-9
10. Lue AJ, Fang WD, Manolidis S. Use of plain radiography and computed tomography to identify fish bone foreign bodies. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2000 Oct; 123(4):435-8
11. Evans RM, Ahuja A, Williams RS, Van Hasselt CA. The lateral neck radiograph in suspected impacted fish bones does it have a role? *Clin Radiol* 1992;46:121-3
12. Sreetharan SS, Prepageran N, Singh S. Migratory foreign body in the neck. *Asian J Surg* 2005 Apr;28(2):136-8
13. Al-sebeih K, Valvoda M, Sobeih A, Al-Sihan M. Perforating and migrating pharyngoesophageal foreign bodies: a series of 5 patients. *Ear Nose Throat J.* 2006 Sep;85(9):600-3
14. Eil SR, Sprigg A, Parker AJ. A multi-observer study examining the radiographic visibility of fish bone foreign bodies. *J Royal Soc Med.* 1996 Jan;89:31-4
15. Joshi AA, Bradoo RA. A foreign body in the pharynx migrating through the internal jugular vein. *Am J Otolaryngol* 2003 Mar-Apr;24(2):89-91
16. Kirkham N, English R. "I have a bone stuck in my throat". *Br Med J.* 1984 Aug; 289: 424-5