

## CORPO ESTRANHO NO APÊNDICE VERMIFORME

QUINTINO NASCIMENTO CAVICHINI, TSBCP  
JOSÉ RICARDO BORGES SUETH  
GLICÉRIO PROBA SOARES

CAVICHINIQN, SUETHJRB & SOARES GP - Corpo estranho no apêndice. *Rev bras Colo-Proct*, 1996; 16(2):74-76

**RESUMO:** Pode ser diagnosticado corpo estranho no intestino grosso após ingestão ou introdução através do ânus. O artigo relata um caso de ingestão de corpo estranho, com impactação no apêndice, sendo necessária a apendicectomia para sua remoção.

**UNITERMOS:** corpo estranho; intestino grosso; apêndice; colonoscopia; cirurgia

A presença de corpo estranho no intestino grosso pode ocorrer por ingestão ou introdução de objeto pelo ânus. A ingestão pode ser seguida da impactação do objeto no trato digestivo alto; pode resultar na passagem por todo o tubo digestivo e eliminação espontânea; ou podem ser necessários métodos invasivos para sua remoção, seja por retirada digital, sob sedação ou anestesia regional, por colonoscopia, ou ainda por cirurgia. Apresentamos um caso de ingestão de corpo estranho por paciente psiquiátrico, com impactação inusitada no apêndice vermiforme.

### Relato de caso

R.R.S., masculino, 25 anos, negro, solteiro, natural de Porciúncula, RJ, foi encaminhado pelo seu médico, com suspeita de ter ingerido corpo estranho. Paciente pícnico, não relatava qualquer tipo de queixa e não havia anormalidades no exame físico. O abdome era indolor à palpação superficial ou profunda.

A radiografia de abdome (09/08/94) revelou a presença de corpo estranho metálico na região da fossa ilíaca direita (Fig. 1). Foram aconselhadas medidas expectantes, com observação das evacuações e realização de nova radiografia após dois dias. No dia 11/08/94 foi realizada nova radiografia, e o objeto metálico encontrava-se no flanco direito. A conduta inicial foi mantida. Em 18/08/94, como não havia relato de eliminação do corpo estranho, o paciente nos foi novamente encaminhado para reavaliação. Nova radiografia de abdome mostrava que o objeto metálico ainda se situava na fossa ilíaca direita. A

colonoscopia até o ceco (22/08/94) não evidenciou a presença de objeto metálico no intestino grosso. Na radiografia de

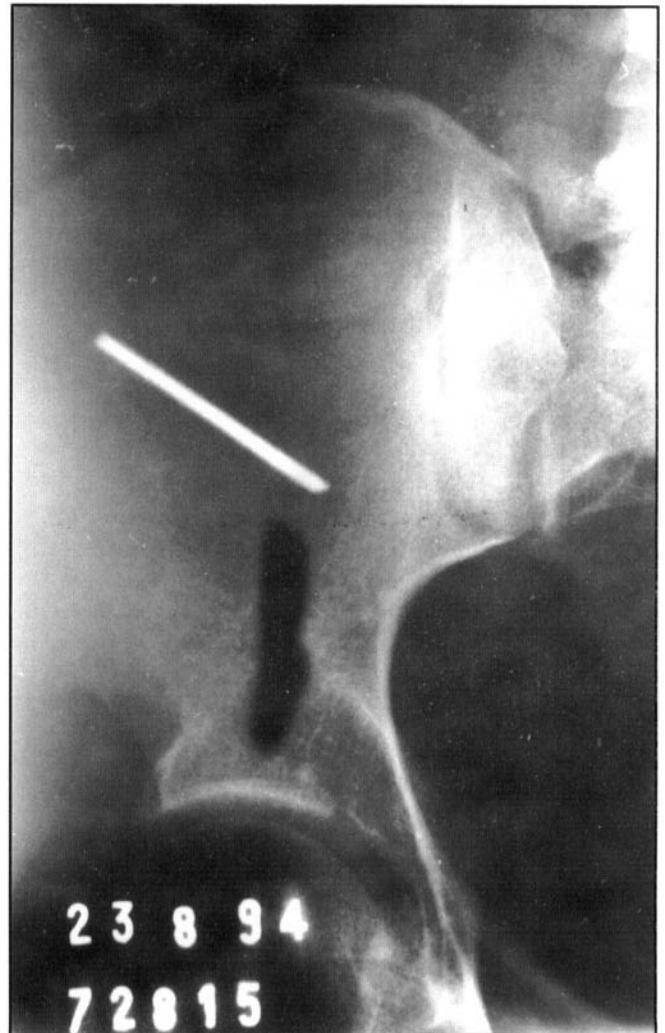


Fig. 1 - Radiografia de abdome. Corpo estranho na fossa ilíaca direita.

abdome, realizada em 23/08/94, o corpo estranho permanecia na fossa ilíaca direita (Fig. 2).

A laparotomia exploradora foi indicada, e o objeto metálico, haste de rebite, encontrava-se localizado no fundo do apêndice cecal, sendo realizada uma apendicectomia (Figs. 3 e 4).

A evolução do paciente foi excelente, com alta hospitalar no terceiro dia de pós-operatório, sem complicações.

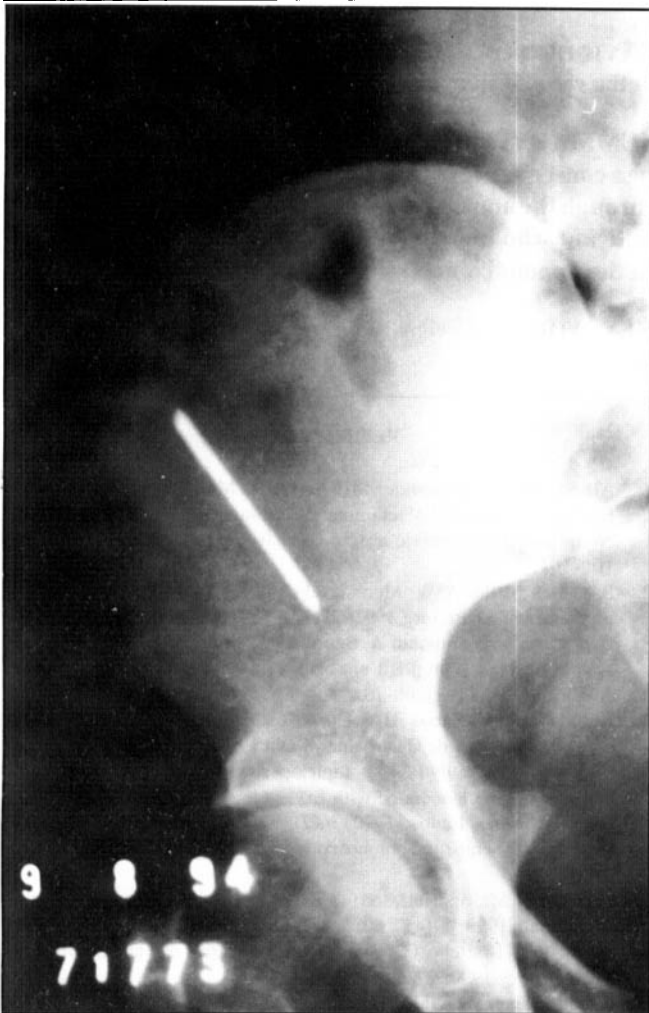


Fig. 2 - Radiografia de abdome. Corpo estranho (ainda) na fossa ilíaca direita.

### COMENTÁRIOS

A ingestão de corpo estranho ocorre com frequência em crianças, idosos, pacientes desdentados, pacientes psiquiátricos, ou após ingestão excessiva de bebidas alcoólicas<sup>(3)</sup>.

Objetos pequenos e arredondados, como moedas, botões de camisa e outros, podem, após ingeridos passar sem problemas pelo tubo digestivo, sendo eliminados espontaneamente<sup>(2,9)</sup>. A suspeita de ingestão de discos de baterias ou baterias alcalinas deve ser bem avaliada, pois esses objetos podem ocasionar intoxicação por metal pesado, após sua corrosão no tubo digestivo<sup>(2)</sup>.

Merecem atenção especial relato ou suspeita de ingestão de objetos longos, finos e/ou pontiagudos (espinha de peixe, osso de galinha, grampo de cabelo, palito de dentes, prego e outros), que podem impactar no tubo digestivo, ou mesmo perfurá-lo, com aumento da morbidade<sup>(2)</sup>.

As perfurações, frequentemente, ocorrem nas áreas de estreitamento fisiológico ou patológico do trato digestivo<sup>(5)</sup>. Segundo Hacker e col., e McManous, citados por Alberti-Flor e cols.<sup>(1)</sup>, a incidência de perfuração intestinal é menor que 1%. McManous citado por Callon e col.<sup>(5)</sup>, e Alberti-Flor e

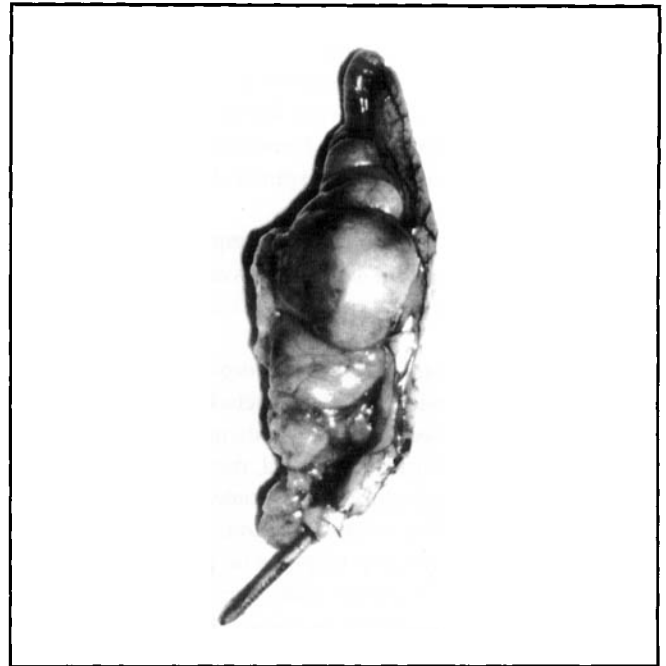


Fig. 3 - Corpo estranho no apêndice. Peça cirúrgica.

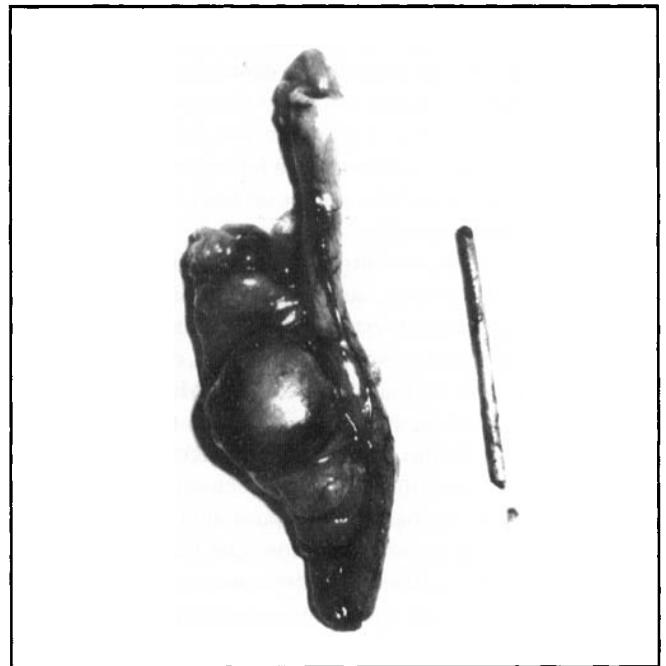


Fig. 4 - Corpo estranho ao lado do apêndice. Peça cirúrgica.

cols.<sup>(1)</sup>, relatam 9% de perfuração em 95 casos, causados por espículas de madeira, palitos de dentes e lápis. Ben-Rejeb e cols.<sup>(3)</sup> relataram um caso de perfuração de cólon transverso por espinha de peixe. Observaram, ainda, que 46% das perfurações intestinais eram causadas por espinha de peixe, após revisão de 24 casos da literatura, em 1984.

A ingestão de corpo estranho frequentemente não causa sintomatologia alguma, a não ser que o objeto sofra impactação no cólon, com formação de abscesso na parede da alça intestinal ou perfuração no presente caso, apesar do objeto estar localizado no apêndice por, aproximadamente, 10 dias, não houve queixa alguma do paciente.

A remoção do corpo estranho pode ser feita sob sedação ou anestesia regional, se o objeto estiver localizado no reto ou canal anal, seja por meio digital ou instrumental. Gilbert<sup>(7)</sup> relatou um caso de impactação de vários pequenos pedaços de ossos de galinha no reto, que foram removidos pelo ânus. Kyvik e cols.<sup>(8)</sup> retiraram uma espinha de peixe pelo ânus, em uma paciente de 52 anos.

O objeto estranho pode também impactar em qualquer outro segmento do cólon, sendo necessária a utilização de colonoscopia ou mesmo intervenção cirúrgica para sua remoção.

A colonoscopia para remoção de corpo estranho é segura, barata e deve ser considerada como método inicial para tratar este problema. Deve ser indicada quando não há progressão do objeto, quando há obstrução intestinal, risco de perfuração, ou quando o corpo estranho for longo e pontegudo<sup>(1, 4, 6)</sup>. No caso relatado por Alberti-Flor e cols.<sup>(1)</sup>, a colonoscopia evidenciou e removeu um corpo estranho (espinha de peixe) a aproximadamente 40 cm da margem anal, que estava impactado, transversalmente, nas paredes do cólon. O reexame do cólon, após a remoção do corpo estranho, não evidenciou lesão ou laceração. Brandão e Farias<sup>(4)</sup> relataram a remoção com sucesso, através de colonoscopia, de um objeto metálico que estava transfixado no cólon transversal. Callon e Brady<sup>(5)</sup> relataram a retirada endoscópica de um palito de dentes localizado a 25 cm da margem anal, que estava impactado nas paredes do cólon. No presente caso, como o paciente não eliminasse objeto metálico após 13 dias, a colonoscopia foi realizada. Entretanto, o objeto não foi localizado, apesar de todo o cólon ter sido examinado cuidadosamente.

Em alguns casos, a cirurgia se faz necessária, quando a colonoscopia não obteve sucesso, quando há perfuração da alça intestinal, quando não está havendo progressão espontânea do objeto, ou quando há risco de intoxicação, como no caso de discos de baterias ou baterias alcalinas. Mizrahi e cols.<sup>(10)</sup> relataram a retirada de baterias e pequenas moedas do íleo terminal e cólon direito, através de apendicostomia, em três pacientes, com subseqüentes apendicectomia. Ben Rejeb e cols. submetem sua paciente à laparotomia e evidenciaram uma massa pseudotumoral no cólon, que foi ressecada. No caso descrito, como o objeto metálico encontrava-se no fundo do apêndice cecal, uma apendicectomia foi indicada.

---

**CAVICHINI QN, SUETH JRB & SOARES GP - Foreign body in the vermiform appendix.**

**SUMMARY: Foreign body in the colon and rectum can be a consequence of inadvertent ingestion or introduction through the anus. We present the one of a 25 year old male patient who ingested a foreign body that was impacted in the appendix, necessitating surgery to remove it.**

**KEY WORDS:** foreign body; colon; appendix; colonoscopy; surgery

---

REFERÊNCIAS

1. Alberti-Flor JJ, Hernandez ME, Ferrer JP, Maldonado A, Saldívar R. Endoscopic removal of an impacted colonic foreign body (fish bone) complicated by a pelvic abscess. *Gastrointest Endosc* 1992; 38(1): 100-101.
2. Bass DH, Millar AJW. Mercury absorption following button battery ingestion. *J Pediatr Surg* 1992; 27(12): 1541-1542.
3. Ben-Rejeb A, Gammoudi A, Ben Alaya M. Perforation intestinale par arête de poisson. A propos d'une observation avec revue de la littérature. *Ann Chir* 1993; 47(1): 68-70.
4. Brandão DMS, Farias HA. Corpo estranho metálico retirado por colonoscopia. *Rev de Gastroenterologia* 1994; 32(1): 15, 1994.
5. Callon RA Jr., Brady PG. Toothpick perforation of the sigmoid colon: an unusual case associated with Erysipelothrix rhusiopathiae septicemia. *Gastrointest Endosc* 1990; 36(2): 141-143.
6. Forde KA. Therapeutic colonoscopy. *World J Surg* 1992; 16(6): 1048-1053.
7. Gilbert PM. Multiple intested foreign bodies impacting in the rectum. *Br J Clin Pract* 1990; 44(4): 160.
8. Kyvik KR, Brattebo G. The potential hazards of eating fish. *Gastroenterology* 1990; 99(2): 602.
9. Lavelle-Jones M, Lyall MH, McCollum P, Cuschieri A. Disc battery ingestion: a review and a management plan. *J R Coll Surg Edinb* 1992; 37(2): 120-122.
10. Mizrahi S, Eyal I, Shtamler B. Foreign body removal through an appendicostomy. *Dis Colon Rectum* 1990; 33(10): 902.
11. Thomson SR, Fraser M, Stupp C, Baker LW. Iatrogenic and accidental colon injuries. What to do? *Dis Colon Rectum* 1994; 37(5): 496-502.
12. Yaman M, Deitel M, Burul CJ, Shahi B, Hadar B. Foreign bodies in the rectum. *Can J Surg* 1993; 36(2): 173-177.

**Endereço para correspondência:**

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