

ISSN: 2340-3438

Edita: Sociedad Gallega de
Otorrinolaringología.

Periodicidad: continuada.

Web: www.sgorl.org/revista

Correo electrónico:

actaorlgallega@gmail.com

SGORL PCF
Sociedad Gallega de Otorrinolaringología
y Patología Cervicofacial



Acta Otorrinolaringológica Gallega

Artículo original

Corpos estranhos esofágicos: quando a endoscopia flexível não resolve

Esophageal foreign bodies: when flexible endoscopy fails

Liliana Costa, João Laranjeiro, Fernando Vales, Margarida Santos.
Serviço de Otorrinolaringologia, Centro Hospitalar São João, EPE, Porto,
Portugal

Recibido: 6/07/2015

Aceptado: 28/09/2015

Resumen

Introdução: A ingestão de corpo estranho é um motivo frequente de recurso à urgência. Os corpos estranhos esofágicos podem causar importante morbimortalidade. A remoção por endoscopia flexível é habitualmente a primeira linha de tratamento; na falência deste método, a esofagoscopia rígida assume um papel relevante.

Objectivo: Análise dos doentes submetidos a esofagoscopia rígida por corpo estranho esofágico.

Métodos: Foi efectuado um estudo retrospectivo, de Janeiro de 2003 a Dezembro de 2012, num hospital terciário, dos adultos submetidos a esofagoscopia rígida por corpo estranho.

Resultados: Foram analisados 210 casos (89 homens, 121 mulheres), com idade média 61,7 anos (18-93 anos). A localização mais frequente dos corpos estranhos foi o terço superior esofágico. O corpo estranho mais frequentemente detectado foi osso, seguido de espinha. A esofagoscopia rígida foi negativa em 25 casos. A complicação mais frequente foi laceração esofágica. As complicações major (perfuração, abscesso) ocorreram em 14 casos (6,7%), e associaram-se com significado estatístico à retenção mais prolongada do corpo estranho no esófago. Em 6 casos (0,3%) foi necessário remoção por via cirúrgica externa. O tempo médio de internamento foi 3,7 dias. Verificaram-se 3 óbitos (1,4%).

Conclusão: A esofagoscopia rígida é muito importante sobretudo na falência da endoscopia flexível na remoção de corpos estranhos. É uma

Correspondencia: Liliana Costa

Centro Hospitalar São João, EPE, Porto, Portugal

E-mail: lilianacmcosta@gmail.com

técnica segura e eficaz, com baixa taxa de complicações. Os pacientes que demoram mais tempo a recorrer à urgência após ingestão de corpo estranho têm maior risco de complicações graves. Na impossibilidade de extracção por esofagoscopia rígida ou de migração extra-luminal é necessária uma abordagem cirúrgica externa.

Palabras clave: corpo estranho, esofagoscopia, esófago.

Abstract

Introduction: Foreign body ingestion is a frequent emergency presentation. Esophageal foreign bodies can cause serious complications. Usually, the first method executed to remove an esophageal foreign body is flexible digestive endoscopy. When it cannot be removed by this technique, rigid esophagoscopy becomes the solution.

Objective: To analyse the cases of adults submitted to rigid esophagoscopy for foreign body removal.

Methods: A retrospective review was performed of adults submitted to rigid esophagoscopy for foreign body, between January 2003 and December 2012, in a tertiary hospital.

Results: 210 cases were analyzed (89 men, 121 women), with 61,7 years old of average age (18 to 93 years old). The most frequent location of esophageal foreign bodies was the superior third. Bones were the most common, followed by fish-bones. Rigid esophagoscopy was negative in 25 cases. Esophageal laceration was the most frequent complication. Major complications (perforation, abscess) occurred in 14 cases (6,7%), and they were statistically associated with prolonged foreign body retention. In 6 cases (0,3%), an external approach was necessary to remove the foreign body. Average hospital stay was 3,7 days.

Three deads (1,4%) were registered.

Conclusion: Rigid esophagoscopy is useful especially if flexible endoscopy fails in removing esophageal foreign bodies. It is safe and effective, with a low rate of complications. Patients that take more time to come to the emergency department are at more risk of serious complications. A surgical external approach is necessary when the foreign body cannot be removed by rigid esophagoscopy or when it migrates to soft tissues.

Keywords: foreign body, rigid esophagoscopy, esophagus.

Introducción

A ingestão de corpo estranho é um motivo frequente de admissão ao serviço de urgência¹. A ingestão é habitualmente acidental, sendo voluntária nos pacientes com patologia psiquiátrica ou demencial, e nos presidiários^{2,3}.

A localização do corpo estranho depende da idade do paciente, do tipo de corpo estranho ingerido e das características patológicas individuais, tais como estenose ou fístula esofágica, o que influencia directamente o tipo de complicações que podem advir⁴. De acordo com os dados disponíveis, a frequência de corpos estranhos esofágicos (CEE) tem uma grande variação em todo o Mundo. Os corpos estranhos esofágicos mais frequentes na população adulta são as espinhas (9-45%), os ossos (8-40%) e as próteses dentárias (4-18%)⁵.

A impactação alimentar tem sido descrita juntamente com os corpos estranhos atendendo ao quadro clínico semelhante, tendo uma prevalência anual de cerca de 13/100 000⁵. A grande maioria

dos corpos estranhos ingeridos irá prosseguir espontaneamente pelo tracto gastrointestinal em 7 a 10 dias sem causar qualquer complicação⁶. No entanto, 10-20% irá requerer uma intervenção endoscópica, e apenas 1% ou menos exigirá uma intervenção cirúrgica^{6,7}.

Os locais mais frequentes de alojamento dos corpos estranhos são as amígdalas palatinas, a base da língua e o terço superior do esófago⁸⁻¹⁰.

Os sintomas de apresentação geralmente são a sensação de corpo estranho/odinofagia, disfagia, e dor cervical/torácica⁵.

Quando o corpo estranho tem localização faringo-laríngea, a sua remoção é geralmente efectuada aquando do exame físico otorrinolaringológico. Na suspeita de corpo estranho de localização esofágica, a endoscopia digestiva alta (flexível) é na maioria das vezes a primeira linha de diagnóstico e tratamento¹¹. Quando o corpo estranho esofágico não é passível de remoção por este método, a esofagoscopia rígida sob anestesia geral assume um papel importante, quer no diagnóstico, quer no tratamento⁸⁻¹⁰.

Apesar do curso benigno da maioria dos casos, a ingestão de corpos estranhos tem sido associada a um aumento da morbidade. Nos EUA, cerca de 1500 mortes são reportadas todos os anos⁵. As complicações graves resultantes da ingestão de corpo estranho, embora raras, incluem a perfuração faríngea/esofágica com ou sem mediastinite, fístula aorto-esofágica, ruptura da artéria carótida e infecção cervical profunda¹²⁻¹⁵. Estas complicações são potencialmente fatais na ausência de uma intervenção rápida e adequada¹⁶. O objectivo deste trabalho foi avaliar a nossa experiência clínica num período de 10 anos, relativamente aos casos de adultos com suspeita de CEE, que após falência da endoscopia digestiva alta na sua remoção, foram submetidos a esofagoscopia rígida.

Material y Métodos

Foi efectuado um estudo retrospectivo, de Janeiro de 2003 a Dezembro de 2012, num hospital terciário, de todos os casos de doentes adultos (idade igual ou superior a 18 anos), submetidos a esofagoscopia rígida por suspeita de corpo estranho esofágico.

Todos os pacientes foram avaliados primariamente por Gastroenterologia com realização de endoscopia digestiva alta flexível. Na impossibilidade de extracção do CEE por este método, foi realizada esofagoscopia rígida sob anestesia geral.

Os doentes foram avaliados quanto à idade, sexo, sintomas e sinais, antecedentes pessoais relevantes, tipo de corpo estranho ingerido, tempo decorrido desde ingestão do corpo estranho até vinda ao serviço de urgência, local de alojamento do corpo estranho, complicações e respectivo tratamento, e dias de internamento.

Os pacientes foram também divididos em dois grupos de acordo com a presença ou ausência de complicações. As complicações foram divididas em minor ou major. As complicações minor incluem lacerações esofágicas e hematomas. Uma vez que o curso clínico e orientação terapêutica dos pacientes com complicações minor são semelhantes àqueles que não apresentam complicações, estes doentes foram considerados em conjunto. As complicações major incluem perfuração esofágica com ou sem mediastinite, abscesso retrofaríngeo e fístula aorto-esofágica.

Diferentes variáveis foram correlacionadas entre os dois grupos, incluindo, idade, sexo, tipo de corpo estranho, localização do corpo estranho e tempo decorrido desde ingestão até à procura de cuidados médicos. A análise estatística foi realizada no software IBM®SPSS® Statistics versão 21 e no Excel®MicrosoftOffice® 2010. O

valor de $p < 0,05$ foi considerado estatisticamente significativo.

Resultados

Foram incluídos neste estudo 210 doentes (21 casos/ano). Destes, 89 eram homens (42%) e 121 mulheres (58%). A idade dos pacientes variou entre 18 e 93 anos, com uma idade média de 61,7 anos. A maioria dos casos ocorreu a partir da 6ª década de vida (gráfico 1).

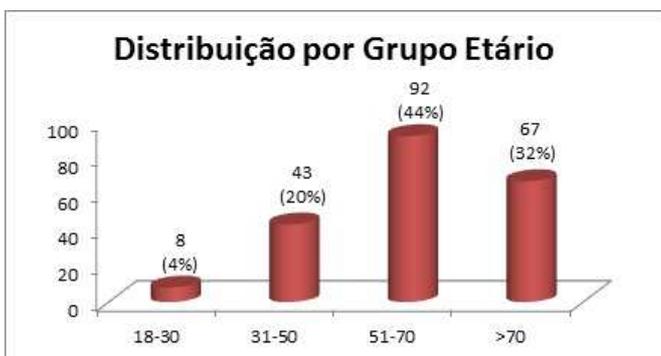


Gráfico 1: Distribuição dos CEE por grupo etário.

Na maioria dos casos (>99%), a ingestão do corpo estranho foi acidental. O tempo decorrido desde a ingestão do corpo estranho até à procura de cuidados médicos oscilou entre 1 hora e 11 dias. A maioria dos pacientes recorreu ao serviço de urgência nas primeiras 24 horas (84%) (gráfico 2).



Gráfico 2: Tempo decorrido desde ingestão do corpo estranho até vinda ao serviço de urgência.

Relativamente aos antecedentes pessoais, as patologias neurológicas e psiquiátricas foram as mais prevalentes (24 e 18 casos respectivamente) (gráfico 3).

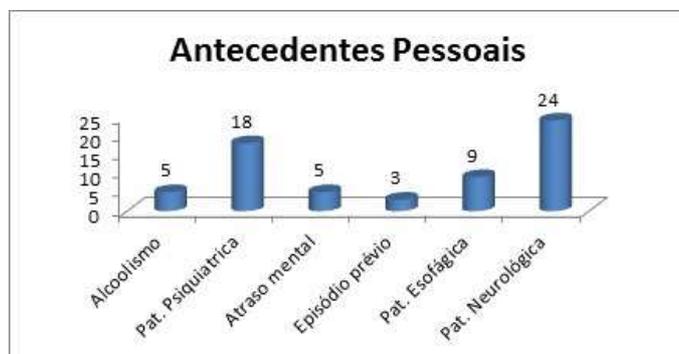


Gráfico 3: Antecedentes pessoais relevantes.

O sintoma mais frequente foi odinofagia/disfagia (86%), seguido de dor cervical/torácica (21%) e sialorreia (7%). Setenta e dois pacientes (34%) apresentaram estase salivar ao exame físico (gráfico 4).

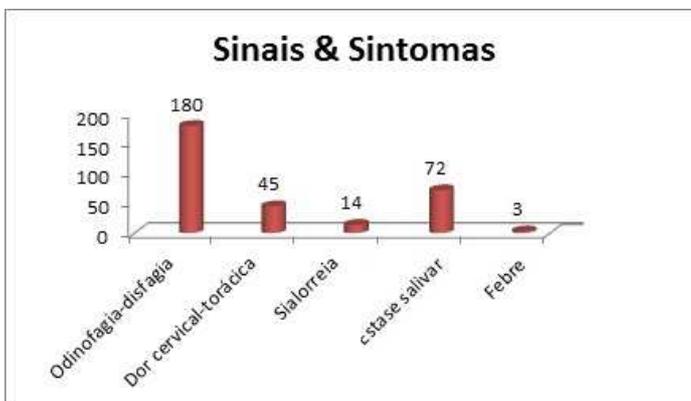


Gráfico 4: Sintomas e sinais.

A esofagoscopia rígida foi negativa em 25 casos, apesar da endoscopia digestiva alta prévia demonstrar presença de CEE. A localização mais frequente dos CEE foi o terço superior do esófago (179 casos / 85%); em 20 casos localizou-se no terço médio (10%) e no terço inferior apenas em 10 casos (5%). O CEE mais frequentemente

detectado foi osso (46%), seguido de espinha (27%), impactação alimentar (19%) e próteses/aparelhos dentários (8%). Em 91 doentes, não ocorreu nenhuma complicação após extracção do CEE por esofagoscopia rígida. A complicação mais frequente foi a laceração esofágica (93 casos / 44%) (tabela 1). As complicações major

(perfuração com ou sem mediastinite ou abscesso) ocorreram em 14 casos (6,7%). Em 6 casos (0,3%) foi necessário remoção por via cirúrgica externa (faringotomia posterior ou esofagotomia cervical). O perfil clínico dos doentes com complicações major é mostrado na tabela 2.

	nº casos
Complicações Minor	
Erosão/Laceração	93
Hematoma	17
Edema	3
Total	113
Complicações Major	
Perfuração esofágica	14*
Mediastinite	3
Abcesso retrofaringeo	2
Migração extra-luminal	2
Total	14

*Todos os pacientes com complicações major tiveram perfuração esofágica

Tabela 1: Complicações minor e major.

Idade	Sexo	Duração CEE	Tipo CE	Localização	Complicação	Tratamento	Evolução	Dias internamento
68	M	>48H 11 dias	osso	cervical	Perfuração / migração extra-luminal	faringotomia posterior	favorável	4
69	M	>48H 7 dias	osso	cervical	Perfuração	tx médico	favorável	8
47	H	<6H	osso	cervical	Perfuração / incapacidade remoção	esofagotomia	favorável	10
58	H	>48H 4 dias	osso	torácico	Perfuração / abscesso periesofágico <2cm	tx médico	favorável	18
82	H	<6H	impactação alimentar	cervical	Perfuração / mediastinite	tx médico	falecido	18
76	M	>48H 4 dias	impactação alimentar	torácico	Perfuração / incapacidade remoção	esofagotomia	falecido	54
74	M	>48H 3 dias	espinha	cervical	Perfuração	tx médico	transferido	
49	H	6-24H	prótese/aparelho dentário	cervical	Perfuração	tx médico	favorável	13
45	M	<6H	prótese/aparelho dentário	cervical	Perfuração / migração extra-luminal	esofagotomia	favorável	11
75	H	24-48H	prótese/aparelho dentário	cervical	Perfuração / incapacidade remoção	esofagotomia	favorável	11
81	H	<6H	espinha	torácico	Perfuração / mediastinite / incapacidade remoção	esofagotomia	favorável	74
93	M	>48H 6 dias	impactação alimentar	torácico	Perfuração / mediastinite	tx médico	falecido	4
68	M	6-24H	espinha	cervical	Perfuração / abscesso retrofaringeo	drenagem abscesso	favorável	12
61	M	>48H 3 dias	osso	cervical	Perfuração / abscesso retrofaringeo	drenagem abscesso	favorável	9

Tabela 2: Perfil clínico dos doentes com complicações major.

Verificaram-se 3 óbitos (1,4%). Apesar destes doentes terem sido admitidos devido a CEE, a causa de morte foi relacionada com descompensação de co-morbilidades pré-existentes. O tempo médio de internamento foi de 3,7 dias (mínimo: 1 dia; máximo 74 dias). Os

doentes foram então divididos em dois grupos: grupo 1 composto por aqueles sem complicações e/ou complicações minor formado por 196 casos; e o grupo 2 com doentes com complicações major correspondente a 14 casos (tabela 3).

Variáveis	Grupo 1 (n=196)	Grupo 2 (n=14)	p	Tipo teste
Média de Idades	61,3	67,6	0,135	Teste t
Mulheres/Homens (ratio)	113/83 (1.4/1)	8/6 (1.3/1)	0,97	Qui-quadrado
Espinha (%)	53 (28,6)	3 (21,4)	0,396	Qui-quadrado
Oso (%)	92 (46,9)	5 (35,7)		
Próteses dentárias (%)	13 (6,6)	3 (21,4)		
Impactação alimentar (%)	38 (19,4)	3 (21,4)		
Cervical/torácico (ratio)	170/26 (6.5/1)	10/4 (2.5/1)	0,121	Teste Fisher
Após 24h/total (%)	26 (13,2)	8 (57,1)	0,000	Teste Fisher

Tabela 3: Diferentes variáveis e correlações com grupo sem complicações/complicações minor vs grupo com complicações major.

A idade média dos pacientes do grupo 1 foi 61,3 anos (desvio padrão 16) e daqueles do grupo 2 foi 67,6 anos (desvio padrão 14). O teste t não mostrou diferenças significativas ($p = 0,13$). O grupo 1 era constituído por 113 mulheres (57,7%) e 83 homens (42,3%), com um ratio mulher-homem de 1,4:1. No grupo 2 existia 8 mulheres (57,1%) e 6 homens (42,9%), com um ratio mulher-homem 1,3:1. O teste de Qui-quadrado não mostrou diferenças entre os 2 grupos ($p = 0,97$).

Em relação ao tipo de corpo estranho ingerido, o teste de Qui-quadrado não mostrou diferenças estatisticamente significativas entre os 2 grupos ($p = 0,396$).

No grupo 1, 86,7% dos pacientes tinham o CEE no 1/3 superior, 10,2% no 1/3 médio e 3,1% no 1/3 inferior. Os pacientes do grupo 2 tinham 71,4% no 1/3 superior, 28,6% no 1/3 inferior e nenhum no 1/3 médio. Não

foram encontradas diferenças significativas quando se correlacionou o local de alojamento do CEE (cervical vs. torácico) com a ocorrência de complicações (teste de Fisher, $p = 0,121$).

No grupo 1, 26 pacientes (13,2%) demoraram mais de 24 horas a recorrer ao serviço de urgência após ingestão do corpo estranho. No grupo 2, este facto ocorreu em 8 doentes (57,1%). A ocorrência de complicações major associou-se com significado estatístico ao tempo mais prolongado do CEE (teste de Fisher, $p = 0,0003$). Os doentes que demoraram mais de 24 horas a recorrer ao serviço de urgência têm portanto um maior risco de complicações graves, com um odds ratio de 8,7 (2,8 – 27,1).

Discusión

A ingestão de corpo estranho é um motivo frequente de admissão ao serviço de urgência. Em relação aos CEE e tendo em consideração as potenciais complicações que podem causar, torna-se necessária a sua extracção atempada¹⁷.

O diagnóstico de CEE pode ser dificultado porque muitas vezes o exame físico é normal. No entanto, um adulto descreverá uma história inequívoca de ingestão de corpo estranho¹⁸. Neste grupo, a ingestão do corpo estranho é maioritariamente accidental (>99%)^{2,11}, ocorrendo mais frequentemente a partir da 6ª década de vida¹¹. É importante destacar os doentes psiquiátricos ou com atraso mental e os presidiários, cuja história clínica pode não ser fiável; e aqueles com próteses dentárias, uma vez que nestes últimos, a sensibilidade táctil durante a mastigação/deglutição poderá estar alterada, e por isso estão em risco de ingerir acidentalmente corpos estranhos¹⁷. Desta forma, é necessário avaliar de forma individual as condições do paciente, o tipo de corpo estranho e os sintomas para decidir a atitude terapêutica mais adequada¹⁷.

A sintomatologia está relacionada com a localização, forma, tamanho e tempo de permanência do CEE². Os sintomas mais habituais são disfagia, odinofagia, sialorreia, dor cervical ou retrosternal¹⁷. A disfagia/odinofagia foi o sintoma predominante no nosso estudo, à semelhança de outros estudos^{2,11}, o que provavelmente estará relacionado com o transtorno mecânico causado pela presença do CEE².

Os locais mais frequentes de alojamento de CEE são o esfíncter esofágico superior, ao nível do arco aórtico e do brônquio principal esquerdo e o esfíncter esofágico inferior¹⁹. À semelhança de estudos prévios^{2,3,11,17,19,20} a localização mais frequente dos CEE foi o terço

superior do esófago, situação previsível tendo em consideração a potência dos músculos constritores faríngeos, a debilidade da musculatura peristáltica a esse nível e a presença do primeiro estreitamente esofágico^{2,20}.

A esofagoscopia rígida foi negativa em 25 casos, apesar da endoscopia digestiva alta prévia demonstrar presença de CEE. Este facto poderá dever-se à manipulação prévia do esófago aquando da endoscopia flexível (insuflação, introdução e remoção do fibroscópio), que poderá ter feito progredir o corpo estranho até ao estômago, uma vez que nenhum destes doentes apresentou posteriormente complicações quer por retenção do corpo estranho ou por migração extraluminal.

O tipo de corpo estranho impactado está relacionado com a idade do paciente e os hábitos dietéticos e culinários locais³. Neste estudo, os ossos foram os CEE mais prevalentes, seguido de espinhas, coincidente com outras series^{2,3,20}.

A impactação de CEE causa edema da mucosa, e a parede esofágica torna-se frágil²¹. Deste modo, todos os CEE devem ser removidos assim que diagnosticados^{3,21}. O CEE deve ser idealmente removido nas primeiras 24 horas após confirmação do diagnóstico^{8,20,22}, para evitar a ulceração mucosa, inflamação e necrose da parede esofágica, e as complicações, tais como perfuração esofágica, abscesso para- ou retrofaríngeo, fístula aorto- ou broncoesofágica, edema pulmonar, empiema, divertículos esofágicos ou atelectasia pulmonar^{6,7}.

O melhor método para extracção do CEE tem sido alvo de controvérsia desde há anos^{6,20}. A escolha do tratamento é influenciada por muitos factores, tais como a idade e a condição clínica do paciente, o tamanho e a forma do CEE, a localização anatómica e a experiência do

médico^{6,7}. A endoscopia é o método mais usado para remoção de CEE⁶. As maiores vantagens são a visualização directa do CEE, a avaliação do grau de lesão esofágica provocada pelo CEE e a procura de múltiplos fragmentos⁶. Hoje em dia, tanto a endoscopia rígida como a flexível são consideradas seguras e eficazes quando realizadas por mãos experientes^{19,21}. Para ambas existem vantagens e desvantagens. Por um lado, a endoscopia flexível é muitas vezes a primeira linha de tratamento por ser custo-efectiva, sendo realizada em ambulatório sem anestesia geral, por outro lado, quando o CEE é pontiagudo ou penetrante, há um risco significativo de laceração e perfuração esofágica se a remoção for por endoscopia flexível, sendo necessária esofagoscopia rígida^{6,17,19}. A taxa de sucesso da endoscopia flexível varia de 76 a 98%, com morbidade de 0% e mortalidade de cerca de 1%. A taxa de sucesso da esofagoscopia rígida oscila entre 94 a 100% (neste estudo foi de 96,8%). A incidência estimada de complicações é de 0,34% com 0,05% de taxa de mortalidade^{1,7,19,21}.

Uma revisão da literatura revela que são poucos os exemplos de complicações graves decorrentes de esofagoscopia rígida quando efectuada por cirurgiões experientes^{21,23}. Dado que nenhum destes métodos é isento de riscos, é necessário o consentimento informado advertindo o paciente das possíveis complicações¹¹. De acordo com outros trabalhos^{2,11}, também neste a maioria das complicações descritas foram lacerações esofágicas de pouca gravidade. Factores significativos que podem predispor estes pacientes a complicações graves são tempo prolongado até vinda ao hospital (superior a 24 horas após o início dos sintomas), presença de corpo estranho pontiagudo, doenças mentais e uso

de próteses dentárias³. Numa grande série de 3217 casos, a taxa de complicações graves foi de apenas 0,2% e taxa de mortalidade inferior a 0,1%¹. No estudo de Lim et al, a taxa de complicações devida a CEE foi 5,1% e, à semelhança do nosso estudo, aumentou com demora na procura de cuidados médicos²⁴. Também Singh et al demonstraram que a demora na vinda ao serviço de urgência após ingestão de corpo estranho (mais de 24 horas após início dos sintomas) foi o único factor associado a um aumento da incidência de complicações²⁵. No estudo de Digoy et al, o risco relativo de complicações foi superior a 1 quando a duração do CEE foi superior a 24 horas e aumentou para 6,83 quando a duração foi superior a 72 horas²⁶.

A perfuração esofágica é pouco frequente, mas é uma complicação temida uma vez que pode evoluir para mediastinite e/ou abscesso retrofaríngeo¹¹. Pode ser consequência do próprio CEE ou devida à iatrogenia da manobra de extracção. O diagnóstico de perfuração deve ser o mais precoce possível²⁷ dado a alta mortalidade que supera os 60% às 24 horas. A reparação primária é o tratamento de eleição para as perfurações do esófago torácico ou abdominal. É necessário desbridamento do tecido necrótico, exposição completa do defeito mucoso, esofagotomia longitudinal e a posterior sutura sem tensão¹⁷. A indicação absoluta para abordagem cirúrgica externa nos CEE é a presença de perfuração esofágica. As indicações relativas são as complicações que não podem ser resolvidas endoscopicamente ou a falência na esofagoscopia rígida para remoção do CEE^{5-7,17}. A taxa de complicações major no nosso estudo foi de 6,7%, e incluiu perfurações esofágicas, associadas ou não a mediastinite e abscesso retrofaríngeo. Loh et al apresentou uma taxa de complicações major de 7%

¹⁵, semelhante à do nosso estudo e o de Singh et al²⁵. À semelhança do estudo de Loh et al¹⁵, neste trabalho não se verificaram diferenças estatisticamente significativas no que diz respeito ao sexo, idade e tipo de corpo estranho com o tipo de complicações. No estudo de Singh et al²⁵, as espinhas associaram-se significativamente à ocorrência de complicações; foi demonstrado que os CEE no esófago torácico tiveram uma maior incidência de complicações major, o que não se verificou no nosso estudo. Isto pode ser atribuído ao facto dos sintomas do CEE nesta localização serem mais vagos e o diagnóstico ser tardio²⁵. O nosso estudo verificou que a duração do CEE é um factor de risco para ocorrência de complicações major. Quanto mais tempo o corpo estranho permanecer impactado no esófago, maior o potencial de inflamação e migração. A complicação mais grave provavelmente é a fístula aorto-esofágica, que tem um risco de mortalidade de aproximadamente 100%¹⁵. Não se verificou na nossa serie nenhum caso de fístula aorto-esofágica. Cinco pacientes foram submetidos a esofagotomia (quatro por incapacidade de remoção por esofagoscopia rígida e um por migração extra-luminal). Apenas um paciente necessitou de faringotomia posterior por migração extra-luminal do corpo estranho. Abscesso retrofaríngeo ocorreu em dois doentes, com necessidade de drenagem cirúrgica externa. Apesar da taxa de mortalidade associada à esofagoscopia rígida rondar os 0,05%^{1,7,19,21}, no nosso estudo verificaram-se 3 óbitos (1,4%): três pacientes idosos com várias comorbilidades cujas causas de morte não foram directamente relacionadas com CEE ou

complicação na sua extracção, apesar de este ter sido o motivo de admissão hospitalar.

Conclusiones

A esofagoscopia rígida é um método de extrema importância sobretudo na falência da endoscopia flexível na remoção de CEE. É uma técnica segura e eficaz, com baixa taxa de complicações. Os pacientes que demoram mais tempo a recorrer ao serviço de urgência após ingestão de corpo estranho têm maior risco de complicações graves. Nos casos de impossibilidade de extracção do CEE por esofagoscopia rígida, ou de migração extra-luminal é necessária uma abordagem cirúrgica externa.

Declaración de conflicto de intereses:

Nenhum.

Bibliografía

1. Hsu WC, Sheen TS, Lin CD, Tan CT, Yeh Th, Lee Sy. Clinical experiences of removing foreign bodies in the airway and esophagus with a rigid endoscope: a series of 3217 cases from 1970 to 1996. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2000;122:450-4.
2. Navarro JRB, Bernal AC, Alonso EP. Esophageal foreign bodies. Our ten years of experience. *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2003;54:281-5.
3. Lin HH, Lee SC, Chu HC, Chang WK, Chao YC, Hsieh TY. Emergency endoscopic management of dietary foreign bodies in the esophagus. *Am J Emerg Med.* 2007;25:662-5.
4. Ashraf O; Foreign body in the esophagus: a review; *Sao Paulo Med J.* 2006;124:346- 9.
5. Ambe P, Weber SA, Schauer M, Knoefel WT. Swallowed foreign bodies in adults. *Dtsch Arztebl Int.* 2012;109:869-75.
6. Athanassiadi K, Gerazounis M, Metaxas E, Kalantzi N. Management of esophageal foreign bodies: a retrospective review of 400 cases. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2002;21:653-6.
7. Delgado-Plasencia L, Manes-Bonet N, Torres Monzón E. Management of foreign body in esophagus with rigid bron-

- choscopy. *Am J Emerg Med.* 2010;28:116.e5-6.
8. Righini CA, Tea BZ, Reyt E, Chahine KA, Cervical cellulitis and mediastinitis following esophageal perforation: A case report. *World J Gastroenterol.* 2008;7;14:1450-2
 9. Chee LW, Sethi DS; Diagnostic and therapeutic approach to migrating foreign bodies. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 1999;108:177-80
 10. Chung S, Forte V, Campisi P, A Review of Pediatric Foreign Body Ingestion and Management. *Clin Pediatr Emerg Med.* 2010,11:225-30
 11. Pino RV, Trinidad RG, Marcos GM, Pardo RG, Palomino AG, Huelva AB. Esophagoscopy in adults. Our experience and review of the literature. *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2003;54:642-5
 12. Poluri A, Singh B, Sperling N, Har-El G, Lucente FE. Retropharyngeal abscess secondary to penetrating foreign bodies. *J Craniomaxillofac Surg.* 2000,28:243-6.
 13. Lam HC, Woo JK, Van Hasselt CA. Esophageal perforation and neck abscess from ingested foreign bodies: treatment and outcomes. *Ear Nose Throat J.* 2003;82:786, 789-94.
 14. Wang S, Liu J, Chen Y, Yang X, Xie D, Li S. Diagnosis and treatment of nine cases with carotid artery rupture due to hypopharyngeal and cervical esophageal foreign body ingestion. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2013;270:1125-30.
 15. Loh KS, Tan LK, Smith JD, Yeoh KH, Dong F. Complications of foreign bodies in the esophagus. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2000;123:613-6.
 16. Santander BC, Del Prado AP, Castillo M, Neth O, Santaella IO. Abscesos retrofaringeo y parafaringeo: experiencia en hospital terciario de Sevilla durante la última década. *An Pediatr.* 2011;75:266-72.
 17. García-Pardo AR, Pérez Díaz D, Machado Liendo PJ, Cortese S, Arenas FA, Fuentes FT. Esophageal foreign body impaction. *Acta Gastroenterol Latinoam.* 2012;42:46-9.
 18. Al-Qudah A, Daradkeh S, Abu-Khalaf M. Esophageal foreign bodies. *Eur J Cardiothorac Surg.* 1998;13:494-8.
 19. Shivakumar AM, Naik AS, Prashanth KB, Yogesh BS, Chaturvedy G. Foreign body in upper digestive tract. *Indian J Pediatr.* 2004;71:689-93.
 20. Kamath P, Bhojwani KM, Prasannaraj T, Abhijith K. Foreign bodies in the aerodigestive tract-a clinical study of cases in the coastal belt of South India. *Am J Otolaryngol.* 2006;27:373-7.
 21. Weissberg D, Refaely Y. Foreign bodies in the esophagus. *Ann Thorac Surg.* 2007;84:1854-7.
 22. Nadir A, Sahin E, Nadir I, Karadayi S, Kaptanoglu M. Esophageal foreign bodies: 177 cases. *Dis Esophagus.* 2011;24:6-9.
 23. Wahid FI, Rehman HU, Khan IA. Management of foreign bodies of upper digestive tract. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg.* 2014;66:203-6.
 24. Lim CT, Quah RF, Loh LE. A prospective study of ingested foreign bodies in Singapore. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 1994;120:96-101.
 25. Singh B, Kantu M, Har-El G, Lucente FE. Complications associated with 327 foreign bodies of the pharynx, larynx, and esophagus. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 1997;106:301-4.
 26. Digoy GP. Diagnosis and management of upper aerodigestive tract foreign bodies. *Otolaryngol Clin North Am.* 2008;41:485-96
 27. Aronberg RM, Puneekar SR, Adam SI, Judson BL, Mehra S, Yarbrough WG. Esophageal perforation caused by edible foreign bodies: A systematic review of the literature. *Laryngoscope.* 2015;125:371-8