

# CORPO ESTRANHO EM OTORRINOLARINGOLOGIA

Autores:

*Kiangebeni Ndombasi "Manuel"<sup>1</sup>*

*Palmira Essenge Kuatoko<sup>2</sup>*

*Silvina Ndossa Manuel<sup>3</sup>*

1. Doutor em Ciências Biomédicas, Mestre em Urgências Médico- cirúrgicas, Especialista em Otorrinolaringologia e Professor Universitário.
2. Mestre em Educação Medica, Especialista em Otorrinolaringologia, Doutoranda em Ciências Biomédicas e Professora Universitária.
3. Licenciada em Ciências de Enfermagem, Especialista em Enfermagem Obstétricia e Ginecológica e Professora Universitária.

## Resumo

Este artigo tem como objectivo apresentar o impacto dos corpos estranhos em Otorrinolaringologia (ORL) e sua complexidade. O estudo adoptou a metodologia qualitativo e empregou a pesquisa bibliográfica, estudo e análise de imagens dos casos atendidos nos bancos de urgências de ORL do Hospital Josina Machel de Luanda-Angola e Hospital Geral do Uíge-Angola. A pesquisa mostra que a ingestão de corpos estranhos é um problema comum encontrados muito frequentes em crianças que adultos, embora sua penetração possa ser voluntária ou involuntária. Pelo que podendo resultar em complicações graves. E os corpos estranhos mais frequentemente encontrados nas urgências de ORL do Hospital Josina Machel de Luanda e Hospital Geral do Uíge as moedas no esófago, artefactos plásticos nas fossas nasais, os grãos de feijão e fragmentos de algodão nos ouvidos e as espinhas de peixe na orofaringe.

**Palavras-chaves:** Corpo estranho, Otorrinolaringologia.

## Abstract

This article to present the impact of foreign bodies on Otorhinolaryngology (ENT) and its complexity. The study adopted qualitative methodology and used the bibliographic research, study and analysis of images of the cases treated in the ENT emergency banks of the Hospital Josina Machel of Luanda-Angola and General Hospital of Uíge-Angola. Researcher shows that ingestion of foreign bodies is a common problem encountered

very often in children as adults, although their penetration may be either voluntary or involuntary. This can lead to serious complications. And the bodies most frequently found in the ORL urgencies of the Josina Machel Hospital in Luanda and General Hospital of Uíge coins in the esophagus, plastic artifacts in the nasal fossae, beans and cotton fragments in the ears, and fish bones in the oropharynx.

**Key-Woods:** Foreign body, Otorhinolaryngology.

## Introdução

Corpo estranho em otorrinolaringologia é qualquer material inanimado ou animado que se encontre em cavidade nasal e seios perinasais, orofaringe, hipofaringe, laringe ou conduto auditivo externo e que não faça parte dessas estruturas em condições normais.<sup>1</sup>

Corpos estranhos são muito frequentes em crianças de 3 a 5 anos, em idosos incapacitados e em indivíduos com transtornos mentais, embora sua penetração possa ser voluntária ou involuntária.

Deve-se ressaltar também a possibilidade de introdução accidental de corpos estranhos durante quedas, acidentes automobilísticos e migração de insetos durante o sono.

A natureza do corpo estranho é variado e estará relacionado à possibilidade de que eles tenham dado suas características, penetrem e permaneçam localizados ou em progresso.<sup>2</sup>

Corpos estranhos constituem uma das mais frequentes urgências em Otorrinolaringologia e a presença de corpo estranho nas orelhas, nariz ou garganta é uma queixa comum em serviços de urgência em Otorrinolaringologia. Estima-se que represente cerca de 11% dos atendimentos nesses serviços.<sup>3</sup>

Podem ocorrer complicações graves em até 22% dos casos, o que demonstra a morbidade do problema, sendo importante o seu devido reconhecimento, estudo e manejo.<sup>4</sup>

---

<sup>1</sup>Graziela de Oliveira Semenzati, Sérgio Henrique Kiemle Trindade, Regina Helena Garcia Martins: Corpo estranho em ORL.

[file:///C:/Users/Ant%C3%B3nio%20dos%20Santos/Downloads/Corpo\\_estrano\\_em\\_ORL.pdf](file:///C:/Users/Ant%C3%B3nio%20dos%20Santos/Downloads/Corpo_estrano_em_ORL.pdf).

<sup>2</sup>R. Ramirez Camacho, Mc.Graw Hill Interamericana, 1998, pag.48,137,279,280, 339,389,402.

<sup>3</sup>Figueiredo RR, Azevedo AA, Kós AO, Tomita S. Complications of ENT foreign bodies: a retrospective study. Braz J Otorhinolaryngol. 2008; 74(1):7-15. PMID: 18392495.

<sup>4</sup> Figueiredo R. Corpos estranhos de orelha, nariz, faringe e laringe. In: Figueiredo R. Urgências e Emergências em Otorrinolaringologia. Primeira edição, Rio de Janeiro: Editora Revinter; 2006.

**- Corpos estranhos do conduto auditivo externo (CAE):** Podem ocorrer em qualquer faixa etária, mas trata-se de uma situação bastante frequente nas crianças. Cerca de 40% das crianças têm entre 1 e 2 anos, e 35% entre os 3 e os 5 anos.<sup>5</sup> A introdução do corpo estranho é habitualmente voluntário nas crianças e accidental nos adultos ou indivíduos com deficiência mental ou com uso de drogas. As vezes ocorrem a entrada accidental de insectos, principalmente em locais pouco arejados. Os corpos estranhos do CAE, são classificados em animados (insectos vivos) ou inanimados (sementes, jóias, fragmentos de papel, esferovite etc.).

A maioria dos corpos estranhos é inerte, pelo que não provocam qualquer tipo de reacção. Os corpos estranhos não inertes (papel, algodão, sementes). Produzem sinais inflamatórios no canal auditivo externo ao fim de alguns dias ou semanas, condicionada otalgia e atorreia. Raramente, existe otorragia devido a lacerações do CAE ou perfuração timpânica, provocada pelo corpo estranho. Geralmente existe história de introdução do corpo estranho, contada pela criança ou adulto. A introdução é unilateral em 95% dos casos.<sup>6</sup> Em 46- 72% dos casos, os pacientes apresentam- se no próprio dia no serviço de urgência, 15- 20% em 3 dias, 8- 11% após mais de uma semana e 5% são descobertos accidentalmente, na otoscopia de rotina.<sup>7</sup>

Apesar da remoção de corpo estranho ser comumente simples, o potencial para complicações durante esse procedimento torna fundamental a actuação do médico especialista otorrinolaringologista. O sucesso da remoção do corpo estranho depende de diversos factores, incluindo a localização do corpo estranho, seu material, a destreza do médico, os equipamentos disponíveis e a cooperação do paciente.<sup>8</sup>

Desta forma, sempre que possível o médico otorrinolaringologista é o mais indicado para realizar o procedimento, por possuir também instrumentais mais apropriados e delicados. As tentativas de remoção do corpo estranho sem sucesso podem agravar o quadro; o uso de pinças inapropriadas pode introduzir o objecto mais profundamente, o qual pode ser empurrado em direcção à membrana timpânica, rompê-la e cair na orelha média. Uma orientação importante é que não se utilize qualquer tipo de solução no

<sup>5</sup> Balbani et al, Ear and foreign body removal in children, Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol. 46 (1998) 37-42.

<sup>6</sup>Ibidem, Balbani, 1998.

<sup>7</sup> Mackle T., Colon B., Foreing bodies of the nose and ears in children, int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol. 70(2006) 425-428.

<sup>8</sup>Heim SW, Maughan KL. Foreign bodies in the ear, nose, and throat. Am Fam Physician. 2007; 76(8):1185-9. PMID: 17990843

conduto auditivo, pois grãos e sementes quando hidratados aumentam de volume e ficam mais difíceis de serem removidos. Com boa iluminação e auxílio de micropinças delicadas, os objectos são facilmente removidos em crianças colaborativas. Ao contrário, a imobilização adequada ou a sedação são medidas mandatárias para evitar complicações como lacerações e perfurações de membrana timpânica e /ou lesão de cadeia ossicular. Nos casos de objectos grandes a remoção em pedaços evita a laceração do conduto. Pequenos insectos como formigas podem ser removidos sob visão microscópica por meio de aspiração ou mesmo irrigação do meato acústico com soro fisiológico. Esta última medida deve sempre ser precedida do exame otoscópico para certificação da integridade da membrana timpânica.<sup>9</sup>

Lembrar que eventualmente, moscas podem entrar nos ouvidos e colocar ovos, que levarão à formação de larvas (miíase). Portanto a procura pelo Hospital deve ser imediata.

Crianças e adultos sensíveis dar anestesia geral, por vez necessitam de cirurgia, porque o corpo estranho pode ser muito compactado, que não se consegue tirar com gancho, ou o corpo estranho atingem o ouvido médio.

**- Corpos estranhos da cavidade nasal e seios perinasais:** No nariz a maioria dos corpos estranhos são introduzidos intencionalmente por crianças entre 1 a 4 anos de idade. Os objectos mais frequentemente encontrados são missangas, fragmentos de esponja, feijão, pequenos objectos redondos e que são raros nos adultos, embora as vezes possam aparecer insectos, vidros (acidente de viação) ou restos de algodão ou papel introduzidos para controlar uma epistaxis.<sup>10</sup> Quando introduzidos nas fossas nasais causam reacção inflamatória local e acúmulo de secreção, podendo haver também sangramento nasal. A mãe queixa-se de que a narina de seu filho está com odor fétido e com saída de secreção unilateral. Muitas vezes a criança confessa que introduziu o objecto, porém outras vezes não. Novamente recomenda-se que a remoção seja realizada sob adequada iluminação, por profissional habilitado e competente e com instrumentos apropriados. As tentativas de retirada dos objectos com pinças inapropriadas tendem a introduzi-los ainda mais posteriormente e dificultar sua visualização. Caso o corpo estranho demore em ser removido haverá solidificação do

---

<sup>9</sup><file:///C:/Users/Ant%C3%B3nio%20dos%20Santos/Downloads/Corpo%20estrano%20em%20ORL.pdf>

<sup>10</sup>Op, Cit. Balbani, 1998.

muco e sobre ele haverá depósito de concreções calcárias de sais minerais, fosfato de cálcio, magnésio e carbonato, conferindo-lhe consistência pétreia, denominado de rinólito. O rinólito adere-se à mucosa nasal dificultando sua remoção, durante a qual observa-se sangramento intenso da mucosa adjacente.<sup>11</sup> Dados da anamnese e exame físico minucioso endonasal com boa iluminação confirmam o diagnóstico. Em caso de dúvida pode-se solicitar exames de imagem como RX para visualização de corpos estranhos radiopacos, ou Tomografia Computadorizada se suspeita de complicações. O diagnóstico diferencial deve ser feito com sinusite unilateral, pólipos, atrésia da coana unilateral, osteomas, etc.

A maioria dos corpos estranhos intranasais são facilmente removidos com auxílio da pinça de Itard, estando a criança sentada no colo da mãe e sob contenção de braços e pernas. A pinça deve ser introduzida delicadamente em direcção posterior à fossa nasal e em seguida vir progressivamente “varrendo” o assoalho nasal, trazendo consigo o objecto impactado. Caso não seja possível a remoção desta maneira, a criança deve ser encaminhada ao centro cirúrgico para que o procedimento seja feito sob anestesia e com auxílio de endoscópicos e pinças endonasais. Manobras intempestivas e com instrumentais inadequados podem facilitar a migração do corpo estranho para a região da rinofaringe, favorecendo sua aspiração e, consequentemente complicações mais sérias pulmonares.<sup>12</sup>

**- Corpo estranho da orofaringe e hipofaringe:** Os corpos estranhos da faringe constituem uma urgência médico-cirúrgica e devem ser retirados pelo perigo de complicações potencialmente graves.

Os corpos estranhos na rinofaringe são raros devido a dificuldade de fixação a este nível. A sua natureza é diversa podendo entrar através das fossas nasais (pequenos objectos) ou da orofaringe (alimentos provenientes de vómitos ou de tosse após aspiração). A localização principal na orofaringe é o palato mole, os pilares amigdalinos, as amígdalas palatinas, a parede faríngea posterior e a base da língua.

A espinha de peixe é o corpo estranho mais frequente encontrado. No caso de espinhas de peixe, não é recomendável ingerir miolo de pão, farinha, ou outros pois tais actos

---

<sup>11</sup> Primo OVB, Costa LHC. Rinolítase em adolescente com 4 anos de evolução Acta ORL. 2007;25:321-23.

<sup>12</sup>[file:///C:/Users/Ant%C3%B3nio%20dos%20Santos/Downloads/Corpo\\_estrano\\_em\\_ORL.pdf](file:///C:/Users/Ant%C3%B3nio%20dos%20Santos/Downloads/Corpo_estrano_em_ORL.pdf).

poderão deslocar o corpo estranho para o esófago ou brônquios, dificultando a remoção.

**- Corpo estranho esofágico:** Há um século, a mortalidade ligado a ingestão de corpo estranho que ficasse impactado no esófago era de 75%. E há cerca de 50 anos Chevalier e Jackson publicaram um trabalho em que a taxa de mortalidade após extração de corpo estranho esofágico tinha baixado para 2 %. Hoje em dia a mortalidade é menor que 1%. Cerca de 80 a 90 % dos corpos estranhos no esófago migram espontaneamente para o estômago e, portanto só 10 a 20% necessitam de extração endoscópica e 1% de extração cirúrgica.<sup>13</sup>

Os corpos estranhos nos adultos são habitualmente de natureza alimentar (ossos de animais, ossos de galinha e resto alimentar). Mas qualquer objecto deglutido é possível ficar impactado no esófago. Enquanto nas crianças os corpos estranhos deglutidos são predominante não alimentar (moeda, mola, chave,...). No caso de corpo estranho esofágico, realiza- se uma esofagoscopia rígida ou flexível, dependendo do tipo de corpo estranho, da experiência do cirurgião ou dos instrumentos disponíveis. A esofagoscopia rígida implica anestesia geral e é realizada por otorrinolaringologistas. A esofagoscopia flexível geralmente é realizada sob anestesia local e por gastroenterologistas.

**- Corpos estranhos broqueias:** Os corpos estranhos geralmente ficam ao nível do estreitamento produzido pela aorta e o brônquio principalmente a direita, pela característica anatómicas (mais largo e vertical que o esquerdo). Raramente são bilaterais. No caso de corpo estranho bronquial, realiza-se uma broncoscopia terapêutica sob anestesia geral. Pode-se, no caso de sufocação iminente, virar-se a criança de cabeça para baixo, bater-se nas suas costas ou realizar-se a manobra de Heimlich em que se faz uma compressão para cima na área do estômago. Todas estas medidas visam expulsar o corpo estranho das vias aéreas inferiores.

**- Corpos estranhos laringotraqueais:** São pouco frequente e ocorrem fundamentalmente em crianças com menos de 10 anos, com um pico de incidência 68% entre 1-3 anos. A natureza do corpo estranho varia muito, podendo ser todo o tipo de peças pequenas que se encontram ao alcance das crianças. As jingubas representam 45%

---

<sup>13</sup>Ballantyne-Groves, Manual de Otorrinolaringologia, 1984 Edic. Revolucionaria, pag.236-37, 343, 420-27, 467-68, 451, 528-31

dos casos, 34% são outros objectos de natureza vegetal (feijão, grãos de milho, ...) e menos percentagem são corpos estranhos não orgânicos, como pequenas peças de brinquedos, botões, alfinetes, etc. É pouco frequente que se alojem na laringe e em regra passam a traqueia e impactam num brônquio.<sup>14</sup>

Neste caso, realiza-se uma laringoscopia directa sob anestesia geral. Nos casos de suspeita de aspiração de corpo estranho (quando o objecto aloja-se nos brônquios), geralmente ocorre tosse intensa e o paciente pode apresentar sinais de sufocação e falta de ar. Portanto, deve -se procurar o Hospital com extrema urgência.

Os corpos estranhos em Otorrinolaringologia, podem terem como complicações seguintes: Hemorragia, Perfuração, Infecção, Insuficiência respiratória e Morte.

### **Considerações finais.**

Corpos estranhos são queixas comuns em otorrinolaringologia, é motivo de grande número de consultas de urgência e emergência. Sendo mais comumente encontrado principalmente em crianças. A maioria das situações que levam a acidentes com corpos estranhos é evitável.

A remoção dos corpos estranhos é conseguida com iluminação e instrumental adequado. Depois de várias tentativas sem sucesso os pacientes tornam-se pouco colaborativos dificultando ainda mais a visualização, além da possibilidade de migração dos objectos para planos mais profundos das vias aéreas. Desta forma a remoção deve ser realizada por profissionais competentes e habilidosos.

De acordo com as conclusões acima, algumas medidas podem ser tomadas no sentido de evitarmos complicações, tais como:

1. Educar à população quanto à procura imediata pelo Otorrinolaringologista nos casos de corpos estranhos, especialmente em orelha e em crianças, nas quais remoção sob anestesia geral deve ser considerada.
2. Que os médicos recém-formados sejam bem habilitados para gerir adequadamente os problemas do fórum ORL, particularmente nos corpos estranhos onde não há otorrinolaringologista.
3. Que haja uma melhoria na estruturação da rede pública para Emergências em Otorrinolaringologia e aumento substancial na formação dos otorrinolaringologistas,

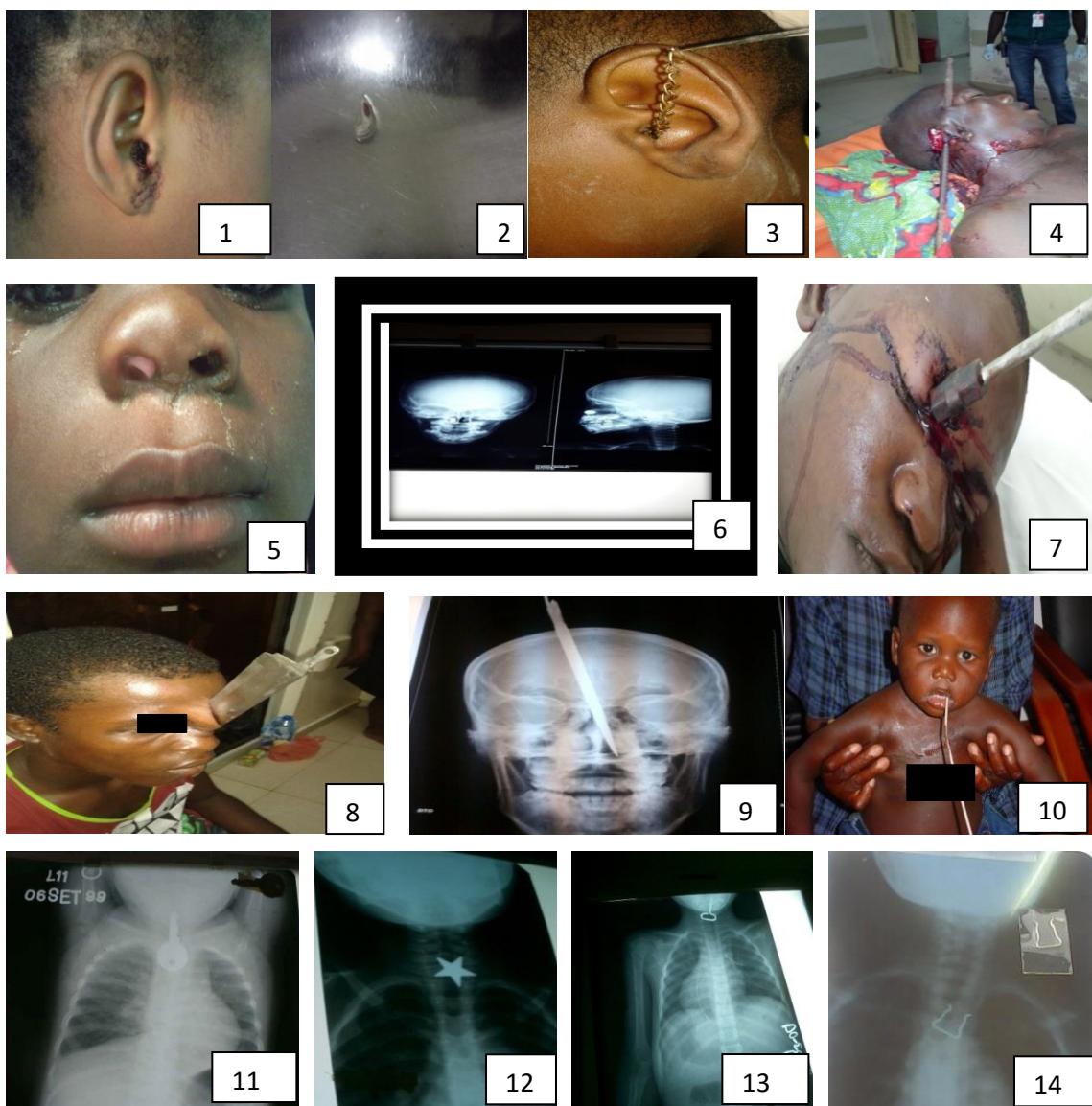
---

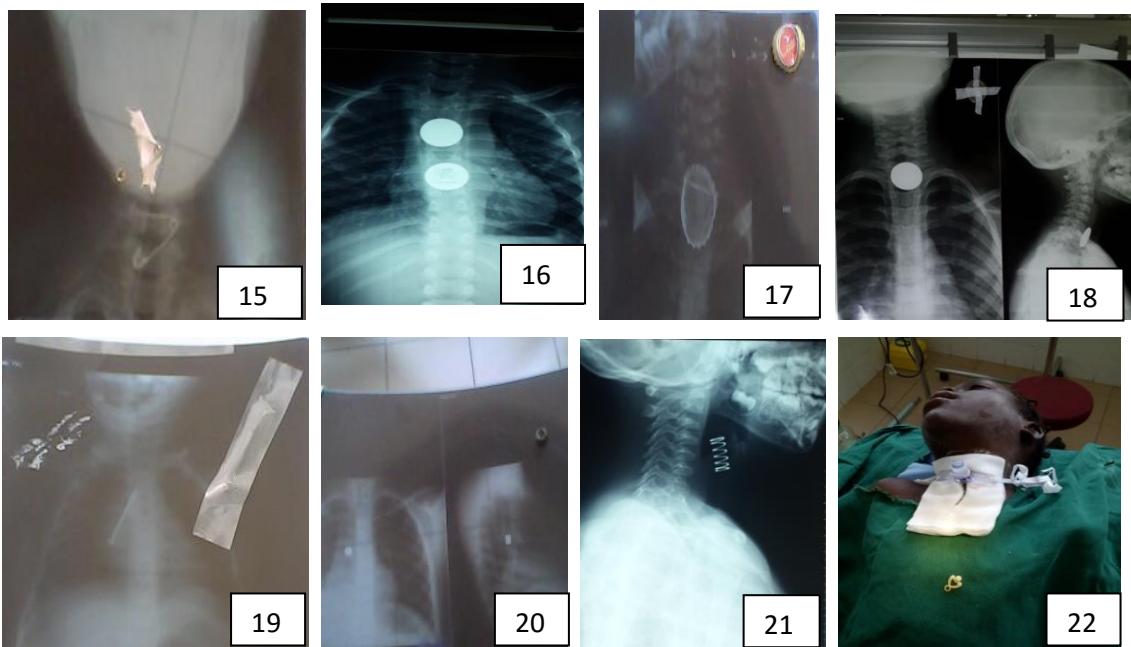
<sup>14</sup>Ines Alpoim Moreira, Manual de Urgências, ORL. 1<sup>a</sup> edição 2009, pg. 219-226.

para evitar as complicações mais graves e tentativas de remoção por curiosos, profissionais de saúde não-habilitados e inexperiência do médico no manejo de corpos estranhos.

4. Que os otorrinolaringologistas prestam mais atenção nos corpos estranhos de remoção difícil que pode levar eventualmente, quadros mais severos, como perfurações timpânicas e bronca aspiração.

**Abaixo Imagens de corpos estranhos atendidos no Banco de Urgência do Hospital Josina Machel de Luanda e Hospital Geral do Uíge:**





## Legenda

1. Otorragia por larva de mosca no conduto auditivo (miíase)
2. Larva extraída no conduto auditivo
3. Mascote no conduto auditivo
4. Metade de varão em retro auricular direito
5. Missanga na fossa nasal direita
6. Pilha de relógio na fossa nasal direito
7. Chave de fenda em seio etmoidal direito.
8. Faca em seio maxilar esquerdo.
9. Rx imagem da faca em seio maxilar esquerdo.
10. Fragmento de ferro na orofaringe.
11. Chave no esôfago.
12. Objecto metálico no esôfago.
13. Chave de conserva no esôfago.
14. Parte metálica da mola de estender roupa no esôfago.
15. Alfinete no esôfago.
16. Duas moedas no esôfago.
17. Tampa de cerveja no esôfago.
18. Moeda no esôfago.
19. Prego no brônquio direito.

20. Objecto metálico no brônquio direito.
21. Mola de lapiseira na laringe.
22. Objecto plástico na laringe,

### **Referências Bibliográfica.**

1. Balbani et al, Ear and foreign body removal in children, Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol. 46 (1998) 37-42.
2. Ballantyne-Groves, Manual de Otorrinolaringologia, 1984 Edic. Revolucionaria, pag.236-37, 343, 420-27, 467-68, 451, 528-31.
3. Figueiredo R. Corpos estranhos de orelha, nariz, faringe e laringe. In: Figueiredo R. Urgências e Emergências em Otorrinolaringologia. Primeira edição, Rio de Janeiro: Editora Revinter; 2006.
4. Figueiredo RR, Azevedo AA, Kós AO, Tomita S. Complications of ENT foreign bodies: a retrospective study. Braz J Otorhinolaryngol. 2008; 74(1):7-15. PMID: 18392495.
5. Graziela de Oliveira Semenzati, Sérgio Henrique Kiemle Trindade, Regina Helena Garcia Martins: Corpo estranho em ORL.  
[file:///C:/Users/Ant%C3%B3nio%20dos%20Santos/Downloads/Corpo\\_estranho\\_em\\_ORL.pdf](file:///C:/Users/Ant%C3%B3nio%20dos%20Santos/Downloads/Corpo_estranho_em_ORL.pdf).
6. Heim SW, Maughan KL. Foreign bodies in the ear, nose, and throat. Am Fam Physician. 2007; 76(8):1185-9. PMID: 17990843.
7. Ines Alpoim Moreira Manual de Urgências, ORL. 1<sup>a</sup> Edição 2009, pg. 219-226.
8. João Mangussi-Gomes, José Santos Cruz de Andrade1, Rafaella Caruso Matos, Eduardo Macoto Kosugi, Norma de Oliveira Penido, Corpo estranho em Otorrinolaringologia: perfil dos atendimentos em um pronto-socorro de referência. Braz J Otorhinolaryngol. 2013; 79 (6):699-703.
9. Mackle T., Colon B., Foreing bodies of the nose and ears in children, int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol. 70(2006) 425-428.
10. Primo OVB, Costa LHC. Rinolitíase em adolescente com 4 anos de evolução Acta ORL. 2007;25:321- 23.
11. R. Ramirez Camacho, Mc. Graw Hill Interamericana, 1998, pag.48,137,279,280, 339 389,402.