

Enfisema cervicotorácico após ingestão de corpo estranho - quando a vigilância é a melhor estratégia

Caso Clínico

Autores

Ana Sofia Paiva

Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada EPE, Portugal

Eduardo Ferreira

Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada EPE, Portugal

João Rosa

Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada EPE, Portugal

Pedro Ponte

Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada EPE, Portugal

Joaquim Amaral

Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada EPE, Portugal

Sofia Decq Mota

Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada EPE, Portugal

Carolina Arede

Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada EPE, Portugal

Ana Raquel Andrade

Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada EPE, Portugal

Correspondência:

Ana Sofia Paiva
ana.sl.paiva@azores.gov.pt

Artigo recebido a 28 de Dezembro de 2025.
Aceite para publicação a 16 de Julho de 2026.

Resumo

Doente do sexo masculino, 58 anos, internado numa Unidade de Psiquiatria de Longa Duração por antecedentes de esquizofrenia do tipo paranoide com humor depressivo e comportamentos autolesivos. Foi encaminhado para o serviço de urgência após ingestão acidental de duas próteses dentárias, removidas ainda na instituição. Apresentou-se com queixas de cervicalgia anterior. Ao exame objetivo, encontrava-se hemodinamicamente estável, apirético, com enfisema subcutâneo cervical e lacerações na orofaringe. A avaliação analítica evidenciou elevação dos parâmetros inflamatórios. A radiografia cervicotorácica e a tomografia computadorizada cervicotorácica revelaram enfisema subcutâneo cervical bilateral e pneumomediastino, sem sinais de corpo estranho. A nasofibrolaringoscopia evidenciou lacerações na parede posterior da orofaringe, sem alterações na hipofaringe ou laringe. Foi adotada uma abordagem médica conservadora: sete dias de antibioterapia endovenosa empírica, nutrição entérica exclusiva por sonda nasogástrica e vigilância na unidade de cuidados intermédios. Teve alta ao oitavo dia de internamento com resolução das lacerações da orofaringe, do enfisema e da clínica associada.

Palavras-chave: Corpo estranho; Perfuração orofaríngea; Enfisema cervicotorácico; Pneumomediastino; Terapêutica médica conservadora.

Introdução

A ingestão acidental de corpos estranhos (CE) é uma queixa que frequentemente motiva a ida ao serviço de urgência. No adulto, geralmente deparamo-nos com a ingestão de corpos estranhos penetrantes - como espinhas, que tendem a ficar alojadas na orofaringe - ou com impactação alimentar. Nesta faixa etária, foram identificados grupos de risco com maior probabilidade de ingestão acidental ou voluntária de corpos estranhos, nomeadamente pessoas

com doença psiquiátrica, défice cognitivo, comportamentos autolesivos, intoxicação aguda por álcool ou drogas de abuso, reclusos e doentes com próteses dentárias¹⁻⁴.

O impacto da deglutição de CE depende de vários fatores como as suas características, a sua localização e a duração da impactação⁵. A maioria dos casos não necessita de intervenção (80 a 90%), dado que o CE progride espontaneamente ao longo do trato gastrointestinal (GI), causando eventuais lesões minor na mucosa GI. Contudo, cerca de 10 a 20% dos casos requerem remoção endoscópica e até cerca de 1% dos casos são submetidos a cirurgia para extração de corpo estranho ou tratamento de complicações⁶⁻⁸. São possíveis complicações o compromisso da via aérea, perfuração, pneumotórax, pneumomediastino, mediastinite, fístula aorto-esofágica, hemorragia digestiva grave, formação de abscessos cervicais profundos e sépsis^{1-3,9,10}. Na literatura estão descritos casos de perfuração hipofaríngea na sequência de trauma cervicotorácico penetrante ou

de iatrogenia (procedimentos endoscópicos ou entubação orotraqueal)¹¹⁻¹³. Raros são os casos de perfuração hipofaríngea associada à ingestão de corpos estranhos¹⁴. Diagnósticos tardios estão associados a morbilidade significativa¹⁵. Há, contudo, uma lacuna na literatura relativa à perfuração orofaríngea secundária à ingestão de corpos estranhos. Neste contexto, os autores deste trabalho propuseram-se a realizar uma revisão narrativa sobre a abordagem diagnóstica e terapêutica desta patologia, tendo por base um caso clínico submetido a tratamento conservador na sua instituição.

Descrição do Caso

Doente do sexo masculino, de 58 anos, internado numa Unidade de Psiquiatria de Longa Duração, pelo diagnóstico de esquizofrenia do tipo paranoide, humor depressivo e história de comportamentos autolesivos. Após ingerir acidentalmente duas próteses dentárias, foi encaminhado para o serviço de urgência no dia seguinte, tendo os CEs sido removidos

Figura 1

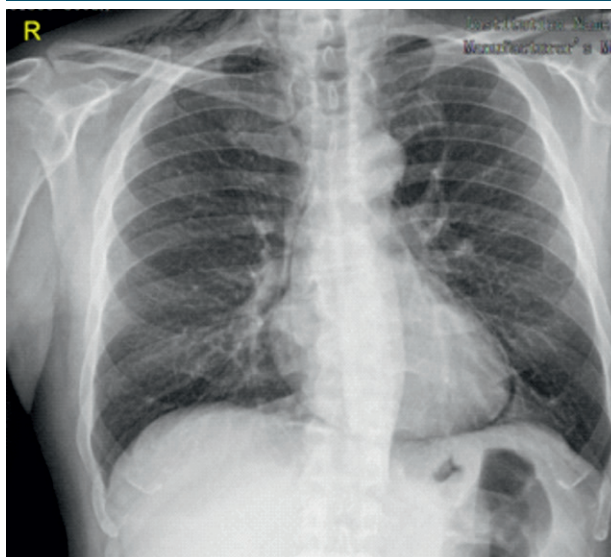
Exame objetivo da cavidade oral e orofaringe. Presença de linhas de fibrina na parede posterior da orofaringe



pelo próprio ainda na instituição de origem. Apresentou-se com queixas de cervicalgia anterior. Ao exame objetivo, apresentava-se hemodinamicamente estável e apirético. Verificou-se a presença de enfisema subcutâneo cervical mais pronunciado à direita, quisto de retenção na amígdala direita e lacerações na parede posterior da orofaringe (figura 1). A avaliação analítica demonstrou elevação dos parâmetros inflamatórios: leucocitose ($16.78 \times 10^3/\mu\text{L}$) com neutrofilia ($14.3 \times 10^3/\mu\text{L}$) e proteína C reativa aumentada (12.2 mg/dL). A radiografia cervicotorácica revelou enfisema subcutâneo cervical bilateral e pneumomediastino, sem sinais de corpo estranho (figura 2). A tomografia computadorizada cervicotorácica (TC-CT) confirmou extenso enfisema subcutâneo cervical com extensão anteroposterior bilateral (mais acentuado à direita), pneumomediastino exuberante com extensão até aos recessos pericárdicos inferiores e à região justa-diafragmática, duas pequenas bolhas gasosas na espessura da parede esofágica (a cerca de 135 mm da arcada dentária). Não foram identificados corpos estranhos residuais ou outras alterações significativas para o caso (figura 3).

Figura 2

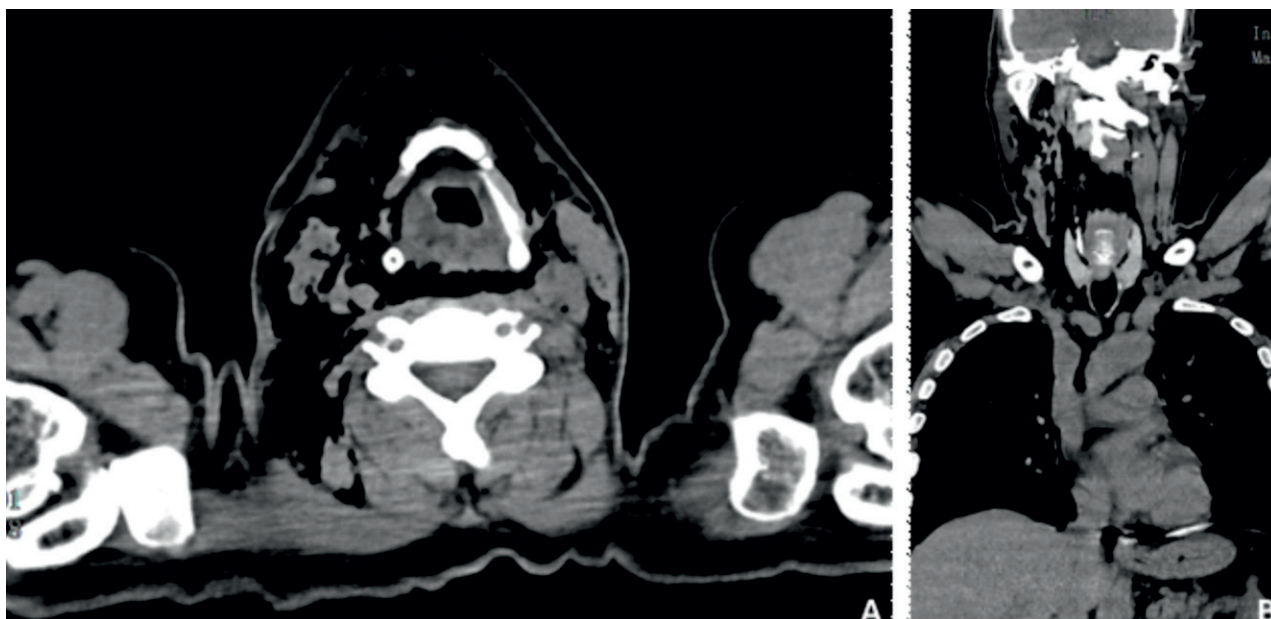
Radiografia de tórax. Presença de enfisema celular subcutâneo cervical e de pneumomediastino



A nasofibrolaringoscopia (NFL) evidenciou lacerações na parede posterior da orofaringe. Não foram detetadas alterações ao nível da hipofaringe ou da laringe, a glote encontrava-se permeável e as pregas vocais com mobilidade mantida. Foi adotada uma abordagem médica conservadora, com o objetivo de prevenir a progressão para

Figura 3

Tomografia computadorizada cervicotorácica. (A) Corte axial: presença de enfisema subcutâneo cervical com extensão anteroposterior bilateral, mais acentuado à direita. (B) Corte coronal: pneumomediastino exuberante com extensão até aos recessos pericárdicos inferiores e à região justa-diafragmática.



mediastinite aguda e de resolver o enfisema cervicotorácico. O doente cumpriu sete dias de antibioterapia empírica (ceftriaxona e metronidazol), recebeu nutrição entérica por sonda nasogástrica e esteve sob vigilância na unidade de cuidados intermédios.

No oitavo dia de internamento, o doente encontrava-se clinicamente estável, a tolerar dieta oral, com regressão completa do enfisema subcutâneo e sem alterações na NFL. Parâmetros inflamatórios em cinética descendente: leucócitos $5.35 \times 10^3/\mu\text{L}$, neutrófilos $3.80 \times 10^3/\mu\text{L}$ e proteína C reativa 1.53 mg/dL). Por conseguinte, foi dada alta para a instituição de origem.

Discussão

A ingestão de CE é um motivo frequente de ida ao serviço de urgência e observação pela equipa de otorrinolaringologia (ORL)^{1,3,4,16}.

Primeiramente, deve ser adotada uma abordagem ABCDE. Sinais de dificuldade respiratória, taquicardia, febre e/ou choque devem alertar para a possibilidade de complicações como perfuração orofaríngea/hipofaríngea/esofágica, abscesso retrofaríngeo com obstrução da via aérea, mediastinite ou sépsis^{15,17}. Assegurada a segurança da via aérea e estabilidade hemodinâmica do doente, avançamos para a anamnese. Deve incluir (1) as últimas refeições do doente e a facilidade de acesso a objetos de pequenas dimensões (de forma a tentar identificar o CE)², bem como (2) a exploração de sintomas característicos: recusa alimentar, odinofagia, disfagia, vômitos, dor ou desconforto cervicotorácico, sensação de corpo estranho, sialorreia e saliva com vestígios hemáticos². De notar que as queixas álgicas podem ser referidas e não corresponder à verdadeira localização do CE². A natureza do CE, alterações anatómicas e funcionais do doente (como estenoses, antecedentes de cirurgia gastrointestinal, doenças da motilidade intestinal, esofagite eosinofílica)¹⁸ e o tempo decorrido desde a ingestão do CE são fatores que influenciam a apresentação clínica. O local de impactação do CE depende de múltiplos fatores, como

(1) a idade/anatomia do doente, (2) o formato do CE e (3) o tempo de impactação: (1) < 65 anos - orofaringe, > 65 anos - esófago cervical; (2) CE pontiagudo/de formato irregular - orofaringe, CE rombo - esófago cervical; (3) quanto maior o tempo de impactação, mais distal a localização do CE¹⁹. Caso se suspeite de que o corpo estranho esteja impactado na oro-/hipofaringe ou no esófago proximal (até ao nível da cartilagem cricóide), o doente deve ser observado pela ORL, a fim de realizar uma laringoscopia com intuito diagnóstico e, eventualmente, terapêutico (extração do corpo estranho). Se este procedimento não for eficaz ou se houver suspeita de impactação abaixo do nível referido, deve recorrer-se à endoscopia digestiva alta¹⁸. O exame de imagem de primeira linha para avaliar a presença, as dimensões e a localização do CE é a radiografia cervical, torácica ou abdominal, sendo particularmente útil na presença de corpos estranhos radiopacos¹⁷. Esta pode evidenciar sinais indiretos de lesão orofaríngea/hipofaríngea/esofágica, como enfisema subcutâneo, hidrotórax, pneumotórax, derrame pleural, pneumomediastino e atelectasia pulmonar²⁰. Por sua vez, a TC é útil na deteção de CEs radiolucientes¹⁷ e apresenta uma elevada sensibilidade (92-100%) na deteção e avaliação de complicações, como perfuração, pneumomediastino, derrame pleural e coleções intraperitoneais²¹. O doente do caso clínico apresentava fatores de risco para ingestão de CEs, nomeadamente doença psiquiátrica com comportamentos autolesivos e utilização de próteses dentárias. À chegada ao SU, apresentava-se hemodinamicamente estável e apirético. A anamnese permitiu a identificação do CE ingerido (informação fornecida pelo próprio) e evidenciou cervicalgia anterior (sugestiva de lesão faríngea ou esofágica proximal). Dadas as características do CE e a sua extração manual, suspeitou-se de lesão da orofaringe. Foram realizados os dois métodos de imagem mencionados: radiografia cervicotorácica para pesquisa de CE residuais e avaliação do enfisema subcutâneo e pneumomediastino, bem como

TC-CT para identificação da perfuração e avaliação da extensão do pneumomediastino. Foi então contactada a urgência de ORL, que observou o doente e realizou NFL. Como não foram identificadas lesões na hipofaringe ou na laringe, considerou-se que o enfisema subcutâneo cervical e o pneumomediastino tenham partido de uma das lacerações ao nível da parede posterior da orofaringe.

Dada a lacuna de informação relativa a perfurações orofaríngeas, baseámos a nossa abordagem terapêutica na abordagem de perfurações da hipofaringe e do esófago cervical, lesões mais frequentes. Em indivíduos hemodinamicamente estáveis e com perfurações inferiores a 2 cm de maior diâmetro, opta-se por uma abordagem conservadora¹³: internamento em unidade de cuidados intensivos, nutrição exclusiva por sonda nasogástrica/parentérica, inibidor da bomba de prótons, antibioterapia de largo espectro durante 7 a 14 dias (cobertura de microrganismos aeróbios - gram positivos e gram negativos - e anaeróbios) e eventual drenagem percutânea, a considerar na presença de pneumotórax ou derrame pleural²². Em caso de instabilidade hemodinâmica, de perfurações superiores a 2 cm de maior diâmetro, de extensão da lesão ao esófago ou no contexto de trauma penetrante, opta-se pela abordagem cirúrgica¹³. O doente em questão apresentava estabilidade hemodinâmica, uma perfuração inferior a 2 cm de maior diâmetro e circunscrita à orofaringe, pelo que se optou pela abordagem conservadora. O diagnóstico e o início da terapêutica atempados contribuíram para uma evolução clínica e analítica favoráveis, tendo o doente tido alta para a instituição de origem ao oitavo dia de internamento.

Conflito de Interesses

Os autores declaram que não têm qualquer conflito de interesse relativo a este artigo.

Confidencialidade dos dados

Os autores declaram que seguiram os protocolos do seu trabalho na publicação dos dados de pacientes.

Proteção de pessoas e animais

Os autores declaram que os procedimentos seguidos estão de acordo com os regulamentos estabelecidos pelos diretores da Comissão para Investigação Clínica e Ética e de acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial.

Política de privacidade, consentimento informado e Autorização do Comité de Ética

Os autores declaram que têm o consentimento verbal para o uso de fotografias dos pacientes neste artigo.

Declaração de IA generativa e tecnologias assistidas por IA no processo de redação

Durante a preparação deste trabalho, os autores não utilizaram IA generativa ou tecnologias assistidas por IA. Os autores reviram e editaram o conteúdo conforme necessário e assumem total responsabilidade pelo conteúdo da publicação.

Financiamento

Este trabalho não recebeu qualquer contribuição, financiamento ou bolsa de estudos.

Disponibilidade dos Dados científicos

Não existem conjuntos de dados disponíveis publicamente relacionados com este trabalho.

Referências bibliográficas

1. Fung BM. Foreign body ingestion. <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/1050>
2. Fung BM, Sweetser S, Wong Kee Song LM, Tabibian JH. Foreign object ingestion and esophageal food impaction: an update and review on endoscopic management. *World J Gastrointest Endosc.* 2019 Mar 16;11(3):174-192. doi: 10.4253/wjge.v11.i3.17.
3. Rammohan R, Joy M, Natt D, Saggar T, Magam SG, Gomez S. et al. Navigating the esophagus: effective strategies for foreign body removal. *Cureus.* 2023 May 5;15(5):e38593. doi: 10.7759/cureus.38593.
4. Triadafilopoulos G, Roorda A, Akiyama J. Update on foreign bodies in the esophagus: diagnosis and management. *Curr Gastroenterol Rep.* 2013 Apr;15(4):317. doi: 10.1007/s11894-013-0317-5.
5. Sung SH, Jeon SW, Son HS, Kim SK, Jung MK, Cho CM. et al. Factors predictive of risk for complications in patients with esophageal foreign bodies. *Dig Liver Dis.* 2011 Aug;43(8):632-5. doi: 10.1016/j.dld.2011.02.018.
6. Negoita LM, Ghenea CS, Constantinescu G, Sandru V, Stan-Ilie M, Plotogea OA. et al. Esophageal food impaction

and foreign object ingestion in gastrointestinal tract: a review of clinical and endoscopic management. *Gastroenterol. Insights* 2023; 14(1): 131-143. doi:10.3390/gastroent14010010

7. ASGE Standards of Practice Committee; Buxbaum JL, Abbas Fehmi SM, Sultan S, Fishman DS, Qumseya BJ. et al. American Society for Gastrointestinal Endoscopy guideline on informed consent for GI endoscopic procedures. *Gastrointest Endosc.* 2022 Feb;95(2):207-215. e2. doi: 10.1016/j.gie.2021.10.022

8. Becq A, Camus M, Dray X. Foreign body ingestion: dos and don'ts. *Frontline Gastroenterol.* 2020 Oct 6;12(7):664-670. doi: 10.1136/flgastro-2020-101450.

9. ASGE Standards of Practice Committee; Buxbaum JL, Abbas Fehmi SM, Sultan S, Fishman DS, Qumseya BJ. et al. Management of ingested foreign bodies and food impactions. *Gastrointest Endosc.* 2011 Jun;73(6):1085-91. doi: 10.1016/j.gie.2010.11.010.

10. Zhang R, Hao J, Liu H, Gao H, Liu C. Ingestion of a row of artificial dentures in an adult: a case report and review of the literature. *Medicine (Baltimore).* 2023 Oct 13;102(41):e35426. doi: 10.1097/MD.00000000000035426.

11. Cross KJ, Koomalsingh KJ, Fahey TJ 3rd, Sample J. Hypopharyngeal rupture secondary to blunt trauma: presentation, evaluation, and management. *J Trauma.* 2007 Jan;62(1):243-6. doi: 10.1097/01.ta.00000202461.72439.6b.

12. Sharma N, Jindal M, Mahon B, Pracy P. Hypopharyngeal perforation during endoscopic ultrasound treated by primary repair. *Head Neck.* 2011 May;33(5):756-8. doi: 10.1002/hed.21337.

13. Zenga J, Kreisel D, Kushnir VM, Rich JT. Management of cervical esophageal and hypopharyngeal perforations. *Am J Otolaryngol.* 2015 Sep-Oct;36(5):678-85. doi: 10.1016/j.amjoto.2015.06.001.

14. Alsalamah RK, Alaraifi AK, Alsalem AA, Waheed K. Hypopharyngeal perforation following foreign body ingestion: a case report. *Cureus.* 2021 Nov 18;13(11):e19708. doi: 10.7759/cureus.19708.

15. Woodcock SA, Bird H, Siriwardena AK, Ellenbogen S. Hypopharyngeal perforation: an uncommon cause of pneumoperitoneum. *Emerg Med J.* 2001 Sep;18(5):396-8. doi: 10.1136/emj.18.5.396.

16. Fu JH, Loke SN, Tan SS, Abdul Rahman NY, Siow SL. Live fish in the throat causing upper airway obstruction and esophageal perforation. *Cureus.* 2024 Sep 13;16(9):e69316. doi: 10.7759/cureus.69316.

17. Okan İ, Akbaş A, Küpeli M, Yeniova AÖ, Esen M, Özsoy Z. et al. Management of foreign body ingestion and food impaction in adults: a cross-sectional study. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg.* 2019 Mar;25(2):159-166. doi: 10.5505/tjtes.2018.67240.

18. Kirchner GI, Zuber-Jerger I, Endlicher E, Gelbmann C, Ott C, Ruemmele P. et al. Causes of bolus impaction in the esophagus. *Surg Endosc.* 2011 Oct;25(10):3170-4. doi: 10.1007/s00464-011-1681-6.

19. Kim SY, Park B, Kong IG, Choi HG. Analysis of ingested foreign bodies according to age, type and location: a retrospective observational study. *Clin Otolaryngol.* 2016 Dec;41(6):640-645. doi: 10.1111/coa.12576.

20. Søreide JA, Viste A. Esophageal perforation: diagnostic work-up and clinical decision-making in the first 24 hours. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med.* 2011 Oct 30;19:66. doi:

10.1186/1757-7241-19-66.

21. Chirica M, Kelly MD, Siboni S, Aiolfi A, Riva CG, Asti E. et al. Esophageal emergencies: WSES guidelines. *World J Emerg Surg.* 2019 May 31;14:26. doi: 10.1186/s13017-019-0245-2.

22. Chen S, Shapira-Galitz Y, Garber D, Amin MR. Management of iatrogenic cervical esophageal perforations: a narrative review. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg.* 2020 May 1;146(5):488-494. doi: 10.1001/jamaoto.2020.0088.