



Pancreatite aguda induzida por espinha de peixe: Um relato de caso

Fernanda da Costa Negraes

Pedro Guilherme Mol da Fonseca

RESUMO

A ingestão acidental de espinha de peixe com perfuração pancreática como complicação é um evento extremamente raro e que apresenta sintomatologia muito inespecífica, sendo de difícil diagnóstico. A associação entre exames laboratoriais e métodos de imagem como ultrassonografia e tomografia computadorizada podem auxiliar na investigação, e a abordagem por endoscopia digestiva alta é a primeira escolha de tratamento. 80 a 90% dos corpos estranhos passam de forma assintomática pelo trato gastrointestinal (CHIA et al., 2015), sendo, na maioria dos casos, ingeridos e excretados espontaneamente. Cerca de 10-20% dos pacientes necessitam de remoção endoscópica. Quando há perfuração - que ocorre em apenas 1% dos casos -, é imprescindível o tratamento cirúrgico (WU et al., 2006). A abordagem laparoscópica minimamente invasiva deve ser preferida em relação a cirurgia aberta. O objetivo deste trabalho é descrever um caso de pancreatite aguda por espinha de peixe identificado e tratado no Hospital Municipal Souza Aguiar (HMSA), bem como avaliar as abordagens diagnósticas e terapêuticas, a fim de possibilitar que essa afecção sempre seja pensada como diagnóstico diferencial, pois sua mortalidade é bastante associada à demora ou ausência de definição do diagnóstico.

Palavras-chave: Pancreatite aguda, Espinha de peixe, Perfuração por corpo estranho.

1 INTRODUÇÃO

A ingestão de corpos estranhos é um fenômeno especialmente comum na população pediátrica (ARANA et al., 2001), sendo moedas, partes de brinquedos e baterias os objetos mais frequentemente ingeridos nessa faixa etária. No que se refere aos adultos, ossos e espinhas de peixe são os corpos estranhos ingeridos com maior frequência (KAY et al. 2005). Nota-se uma maior incidência de ingestão de espinhas de peixe especialmente na região asiática, o que se deve ao fato de peixe ser um alimento considerado iguaria culinária dessa cultura, e, por isso, ser altamente consumido nessas regiões (CHIU et al., 2010). 80 a 90% dos corpos estranhos passam de forma assintomática pelo trato gastrointestinal (CHIA et al., 2015), sendo, na maioria dos casos, ingeridos e excretados espontaneamente. Cerca de 10-20% dos pacientes necessitam de remoção endoscópica, que caracteriza o tratamento preferencial. Quando há perfuração - que ocorre em apenas 1% dos casos -, é imprescindível o tratamento cirúrgico (WU et al., 2006). Os sítios mais comuns de perfuração são o íleo terminal, cólon sigmóide e reto (MIMA et al., 2018). A perfuração de outros sítios, como a parede do estômago ou duodeno, pode possibilitar a migração do corpo estranho para órgãos vizinhos, como o pâncreas e o fígado, e causar complicações como abscessos, pancreatite ou pseudoaneurisma (YADAV et al., 2013). Pancreatite causada por trauma direto decorrente da ingestão de espinha de peixe, como descrito no nosso caso, é extremamente raro.



2 ACHADOS CLÍNICOS

Mulher, 51 anos, chega à emergência do Hospital Municipal Souza Aguiar (HMSA) com relato de dor abdominal há um ano com piora no último mês, acompanhada de náuseas, vômitos, diarreia - não associada à melena, hematêmese ou febre - e perda ponderal de 13kg em um mês. Paciente nega comorbidades e refere episódios anteriores de pancreatite tratados ambulatorialmente.

3 AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA

O exame laboratorial na admissão revela aumento da amilase, lipase e fosfatase alcalina, com os demais exames - hemograma, proteína C reativa, função renal e hepática - normais. Em laudo de exame de imagem externo trazido pela mesma, foi vista imagem linear densa sugestiva de corpo estranho em topografia de estômago e pâncreas. Foi realizada nova Tomografia Computadorizada (TC) no local, que apresentou, segundo o laudo, “formação linear densa na região epigástrica, estendendo-se desde a parede abdominal, em trajeto posterior, penetrando no pâncreas, devendo ser considerada a hipótese de corpo estranho”, o que corrobora o resultado do exame anteriormente realizado. Paciente nega recordação de ingestão de corpo estranho.

4 INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA

Inicialmente foi tentada a remoção do corpo estranho através de Endoscopia Digestiva Alta (EDA), porém o procedimento não foi bem-sucedido pois o corpo estranho não foi detectado. Em conjunto, a paciente optou pela cirurgia. Primeiramente a opção foi por via videolaparoscópica, no entanto frente a um bloqueio em região epigástrica do omento foi necessária a abordagem aberta. Na laparotomia exploradora foi observado um bloqueio em região de transição da cabeça e corpo pancreático e ausência de líquido livre em cavidade. Um foco de pneumoperitônio local também foi evidenciado. Após a remoção do bloqueio foi possível o acesso ao corpo do pâncreas, dissecação do processo inflamatório e remoção manual do corpo estranho caracterizado como “espinha de peixe”. Este, medindo aproximadamente 3 cm, foi removido íntegro e por completo. Não foi observado perfuração no estômago, duodeno ou alças intestinais. O dreno foi mantido e, após avaliação laboratorial do líquido, foi descartada a possibilidade de fístula pancreática.

5 SEGUIMENTO E RESULTADOS

A paciente permaneceu em cuidados pós-operatórios em regime de enfermaria, sendo prescrito Ciprofloxacino e Metronidazol por 13 dias, e, após 17 dias de internação, foi dada alta hospitalar. A paciente retornou para avaliação 1 mês depois demonstrando com normalização laboratorial, sem relato de dor e em processo de recuperação ponderal.



6 DISCUSSÃO

Corpos estranhos pontiagudos como espinha de peixe, agulha e palito de dente podem ser ingeridos, acidentalmente ou não. A maioria dos casos reportados de ingestão de corpo estranho são de pacientes com doenças psiquiátricas, desenvolvimento imaturo, nível de consciência alterado ou que ingeriram comidas de alto risco (WU et al., 2006). A complicação mais comum é a perfuração do trato gastrointestinal, que tem uma incidência bem descrita na literatura existente, com taxa de 1%. A manifestação de tais perfurações podem ser classificada em 3 categorias: 1. local (peritonite focal), 2. regional, quando se aloja e causa sintomas em órgãos adjacentes (ex. abscesso hepático, abscesso pancreático), ou 3. peritonite generalizada (CHIA et al., 2015).

O diagnóstico pré-operatório de perfuração por ingestão de corpo estranho normalmente é difícil pois frequentemente os pacientes não relatam histórico de ter engolido o corpo estranho, ou então só se lembram do incidente após o diagnóstico (GOH et al., 2004). O local de perfuração geralmente ocorre nos pontos de estreitamento ou angulação do trato gastrointestinal, como o anel cricofaríngeo, arco aórtico, esfínter esofágico inferior, piloro, curva duodenal, ligamento de Treitz, válvula ileocecal, apêndice ou junção retossigmóide (WU et al., 2006). Conforme relatos de casos de ingestão de espinha de peixe com migração para o pâncreas publicados anteriormente, os locais mais comuns de perfuração que possibilitam a migração do corpo estranho para o pâncreas são o estômago e duodeno. Durante a abordagem cirúrgica na nossa paciente não foi visto nenhum sinal de perfuração nessas topografias que pudesse sugerir o trajeto anatômico exato até o pâncreas, porém, de acordo com a literatura e os dados topográficos encontrados na TC, o mecanismo que poderia explicar o desfecho seria a perfuração durante a passagem do corpo estranho pelo estreitamento do piloro. Perfurações do estômago ou do duodeno por ingestão de corpo estranho geralmente são inócuas e causam menos sintomas agudos do que as perfurações do jejuno e do íleo. Eles geralmente se apresentam com sintomas crônicos e são diagnosticados depois de desenvolver abscessos intra-abdominais, hepáticos ou pancreáticos. A taxa de mortalidade reportada é cerca de 10%, devido à demora ou ausência de definição do diagnóstico (HUANG et al., 2013).

A baixa sintomatologia apresentada nesse caso, associado a provável topografia da perfuração fizeram com que a paciente tivesse o quadro clínico arrastado por alguns meses. Na maioria dos casos de complicação não é possível a remoção endoscópica do corpo estranho, sendo necessária a remoção cirúrgica. A abordagem laparoscópica minimamente invasiva deve ser preferida em relação a cirurgia aberta, e suas vantagens são bem descritas na literatura: menor dor pós-operatória, menos infecção de ferida operatória e período de recuperação mais rápido, com, consequentemente, menor tempo de internação (DAL et al., 2018). A literatura mostra que pacientes assintomáticos que passam por retirada laparoscópica do corpo estranho necessitam apenas de 1 dia de internação. Entretanto, pacientes sintomáticos que enfrentam complicações como perfuração do trato gastrointestinal ou inflamação regional (ex. perfuração



do pâncreas ou da vesícula biliar), surgimento de abscessos, entre outros, após laparoscopia, requerem um tempo maior de hospitalização, entre 3-8 dias em média (CHIA et al., 2015). No caso descrito, que teve como abordagem a laparotomia, o tempo de internação foi de 17 dias, sendo o uso de antibioticoterapia um dos principais motivos que postergaram o período de internação.

Ingestão acidental de espinha de peixe com perfuração pancreática como complicação é um evento extremamente raro e que apresenta sintomatologia muito inespecífica, sendo de difícil diagnóstico principalmente pela falta de associação entre a história de ingestão e a apresentação clínica do paciente. Entretanto, por mais incomum que seja, essa causa deve sempre ser pensada como diagnóstico diferencial, principalmente nos casos de sintomas crônicos que desenvolvem abscessos intra-abdominais, hepáticos ou pancreáticos, pois a mortalidade é bastante associada à demora ou ausência de definição do diagnóstico. A associação entre exames laboratoriais e métodos de imagem como ultrassonografia e tomografia computadorizada podem auxiliar na investigação, e a abordagem por endoscopia digestiva alta é a primeira escolha de tratamento. Nos casos em que não se obtenha sucesso com essa abordagem é necessário prosseguir para uma intervenção cirúrgica, preferencialmente por laparoscopia e, em último caso, por laparotomia - como ocorreu com a nossa paciente.



REFERÊNCIAS

A. Arana, B. Hauser, S. Hachimi-Idrissi, and Y. Vandenplas, "Management of ingested foreign bodies in childhood and review of the literature," *European Journal of Pediatrics*, vol. 160, no. 8, pp. 468–472, 2001. M. Kay and R. Wyllie, "Pediatric foreign bodies and their management," *Current Gastroenterology Reports*, vol. 7, no. 3, pp. 212–218, 2005.

Wu C, Hungness ES. Laparoscopic removal of a pancreatic foreign body. *JLS*. 2006;10(4):541-543.

Chia DK, Wijaya R, Wong A, Tan SM. Laparoscopic management of complicated foreign body ingestion: a case series. *Int Surg*. 2015;100(5):849-853. doi:10.9738/INTSURG-D-14-00238.1

Chiu YH, How CK, Chen JD. Fish bone-induced pancreatitis. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2010 Mar;8(3):e27. doi: 10.1016/j.cgh.2009.09.037. Epub 2009 Oct 13. PMID: 19835985.

Mima K, Sugihara H, Kato R, Matsumoto C, Nomoto D, Shigaki H, Kurashige J, Inoue M, Iwagami S, Mizumoto T, Kubota T, Miyanari N. Laparoscopic removal of an ingested fish bone that penetrated the stomach and was embedded in the pancreas: a case report. *Surg Case Rep*. 2018 Dec 29;4(1):149. doi: 10.1186/s40792-018-0559-4. PMID: 30594971; PMCID: PMC6311171.

Yadav TD, Singh H, Sah R. Unusual foreign body of pancreas: surgical management. *JOP*. 2013 Nov 10;14(6):669-70. doi: 10.6092/1590-8577/1902. PMID: 24216558.

Goh BK, Jeyaraj PR, Chan HS, Ong HS, Agasthian T, Chang KT, Wong WK. A case of fish bone perforation of the stomach mimicking a locally advanced pancreatic carcinoma. *Dig Dis Sci*. 2004 Nov-Dec;49(11-12):1935-7. doi: 10.1007/s10620-004-9595-y. PMID: 15628728.

Huang YH, Siao FY, Yen HH. Pre-operative diagnosis of pancreatic abscess from a penetrating fish bone. *QJM*. 2013 Oct;106(10):955-6. doi: 10.1093/qjmed/hcs166. Epub 2012 Aug 26. PMID: 22927535.

Dal F, Hatipoğlu E, Teksöz S, Ertem M. Foreign body: A sewing needle migrating from the gastrointestinal tract to pancreas. *Turk J Surg*. 2018 Jan 3;34(3):256-258. doi: 10.5152/turkjsurg.2017.3391. PMID: 30302435; PMCID: PMC6173595.

Mulita F, Papadopoulos G, Tsochatzis S, Kehagias I. Laparoscopic removal of an ingested fish bone from the head of the pancreas: case report and review of literature. *Pan Afr Med J*. 2020 Jun 25;36:123. doi: 10.11604/pamj.2020.36.123.23948. PMID: 32849978; PMCID: PMC7422735.