

Ingestão de bateria: uma causa incomum de mediastinite

Battery ingestion: an unusual cause of mediastinitis

Rosana Souza Rodrigues, Fátima Aparecida Ferreira Figueiredo,
César Augusto Amorim, Gláucia Zanetti, Edson Marchiori

Ao Editor:

Um menino de 18 meses de idade, apresentando tosse seca e febre, foi levado ao serviço de emergência. A mãe relatava início dos sintomas há cerca de 3 dias. Negava náuseas, vômitos, recusa em comer e outros sintomas. Ao exame físico, não foi observada nenhuma alteração.

Radiografias de tórax demonstraram a presença de um objeto redondo e opaco alojado no esôfago superior. A identificação de uma sombra radiopaca circular com dupla borda periférica ou efeito auréola na radiografia em incidência anteroposterior (AP; Figura 1A) e de uma sombra em declive na radiografia em perfil (Figura 1B) permitiu o diagnóstico de ingestão de bateria botão (BB).

A esofagoscopia mostrou a presença de uma BB de lítio corroída de 20 mm de diâmetro alojada no esôfago, com lesão corrosiva da mucosa. O corpo estranho foi removido 80 h após a ingestão. A TC mostrou focos de material com alta densidade localizados posteriormente à traqueia (restos de corpo estranho) e sinais de perfuração esofágica e mediastinite (Figura 2).

Realizada consulta cirúrgica imediata, decidiu-se por tratamento conservador (observação, antibióticos e alimentação por sonda nasogástrica).

Após 30 dias de internação, a esofagoscopia de controle demonstrou fechamento completo da lesão, sem nenhum sinal de estenose.

Uma BB alojada no esôfago pode causar graves danos teciduais e complicações tardias, como perfuração esofágica, fistulas traqueoesofágicas, mediastinite e óbito.⁽¹⁻⁴⁾ Diagnósticos errôneos ocorrem com frequência quando as baterias ingeridas são erroneamente identificadas nas radiografias como sendo outros objetos, especialmente moedas. Porém, existem diferenças sutis nas características radiográficas das BB e das moedas. Uma auréola de densidade reduzida se faz presente em torno da circunferência de uma BB (dupla borda ou efeito auréola) na radiografia em incidência AP, e uma imagem em declive pode ser observada na radiografia em perfil.

Uma bateria alojada no esôfago deve ser tratada como emergência médica em razão de sua rápida ação corrosiva; uma BB pode causar queimaduras graves em apenas duas horas.⁽¹⁻⁴⁾ Pacientes com bateria no esôfago podem ser assintomáticos inicialmente. Prefere-se a remoção endoscópica porque ela permite a visualização direta da lesão tecidual.⁽¹⁾

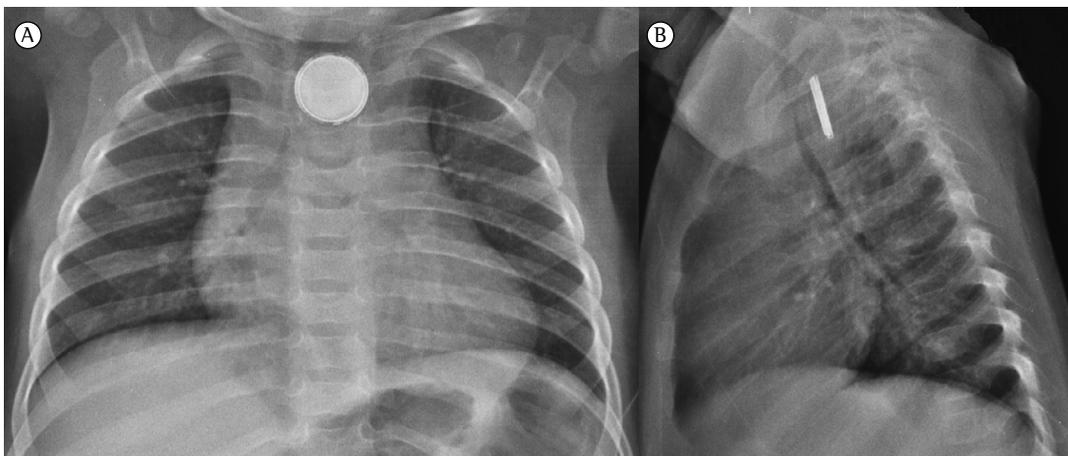


Figura 1 – Em A, radiografia de tórax em incidência anteroposterior revelando uma sombra radiopaca circular com dupla borda periférica ou efeito auréola, e, em B, radiografia em perfil mostrando uma sombra em declive, o que permitiu o diagnóstico de bateria botão alojada no esôfago.

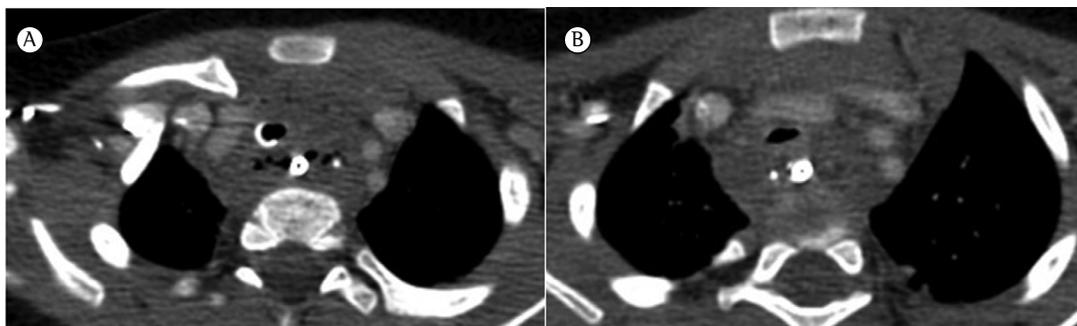


Figura 2 – TC mostrando alargamento do mediastino superior com áreas de baixa atenuação em torno da traqueia e das artérias supra-aórticas e veias, bem como gás extraluminal e fragmentos metálicos (restos de corpo estranho), sugestivos de perfuração esofágica e mediastinite.

Rosana Souza Rodrigues

Médica, Serviço de Radiodiagnóstico, Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, Universidade Federal do Rio de Janeiro; e Médica, Instituto D'Or de Pesquisa e Educação, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Fátima Aparecida Ferreira Figueiredo
Médica, Instituto D'Or de Pesquisa e Educação; e Médica, Departamento de Medicina Interna, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

César Augusto Amorim
Médico, Instituto D'Or de Pesquisa e Educação; e Médico, Departamento de Medicina Clínica, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Gláucia Zanetti
Professora, Programa de Pós Graduação em Radiologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Edson Marchiori

Professor Titular Emérito, Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil; e Professor Associado, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Referências

1. Litovitz T, Whitaker N, Clark L, White NC, Marsolek M. Emerging battery-ingestion hazard: clinical implications. *Pediatrics* 2010;125(6):1168-77. <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2009-3037>
2. Bernstein JM, Burrows SA, Saunders MW. Lodged oesophageal button battery masquerading as a coin: an unusual cause of bilateral vocal cord paralysis. *Emerg Med J.* 2007;24(3):e15. <http://dx.doi.org/10.1136/emj.2006.044180>
3. Soccorso G, Grossman O, Martinelli M, Marven SS, Patel K, Thomson M, et al. 20 mm lithium button battery causing an oesophageal perforation in a toddler: lessons in diagnosis and treatment. *Arch Dis Child.* 2012;97(8):746-7. <http://dx.doi.org/10.1136/archdischild-2012-301631>
4. Litovitz T, Whitaker N, Clark L. Preventing battery ingestions: an analysis of 8648 cases. *Pediatrics.* 2010;125(6):1178-83. <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2009-3038>