



IMPACTAÇÃO DE PRÓTESE DENTÁRIA EM ESÔFAGO PROXIMAL COM NECESSIDADE DE ESOFAGOTOMIA EM HOSPITAL DA AMAZÔNIA LEGAL: RELATO DE CASO

IMPACTION OF A DENTAL PROSTHESIS IN THE PROXIMAL ESOPHAGUS REQUIRING ESOPHAGOSTOMY IN A HOSPITAL IN THE LEGAL AMAZON: A CASE REPORT

IMPACTACIÓN DE UNA PRÓTESIS DENTAL EN EL ESÓFAGO PROXIMAL CON NECESIDAD DE ESOFAGOTOMÍA EN UN HOSPITAL DE LA AMAZONÍA LEGAL: REPORTE DE UN CASO

Lauana Gomes¹
Leonardo Isaias Bernardo de Souza²
Levi Mesquita Gondim³
Jordan Azevedo Silva⁴
Wanda Pereira Goes dos Santos⁵
Rômullo Brasileiro de Sousa⁶
Marco Aurelio da Costa Serruya⁷
Alessandro Alysson Nascimento Melo⁸

RESUMO: A ingestão de corpos estranhos é uma emergência comum nos pronto-atendimentos. Um dos objetos que ganha destaque é a prótese dentária, tendo como fatores de risco para tal ocorrência a idade avançada, uma manutenção precária e comorbidades psiquiátricas. Neste relato, será descrito a ocorrência da ingestão acidental de uma prótese dentária, a qual teve impactação direta em esôfago proximal. Tal agravo pode gerar inúmeras consequências graves ao paciente em casos de diagnósticos tardios ou equivocados. Nesse sentido, o uso de exames de imagem como a radiografia e a tomografia computadorizada com contraste oral, parecem ser suficientes para o diagnóstico. A intervenção deve ser de forma precoce para evitar complicações aos pacientes e, de preferência, deve-se utilizar o tratamento endoscópico. Entretanto, devido à diversidade de tipos de próteses dentárias e a complexidade anatômica do trato gastrointestinal alto, nem sempre essa via é favorável, devendo-se individualizar a decisão de acordo com cada caso.

2917

Palavras-chave: Ingestão accidental. Prótese dentária. Objeto estranho. Esôfago.

¹ Acadêmica de Medicina na Universidade Federal do Amapá – UNIFAP.

² Acadêmico de Medicina na Universidade Federal do Amapá – UNIFAP.

³ Acadêmico de Medicina na Universidade Federal do Amapá – UNIFAP.

⁴ Acadêmico de Medicina na Universidade Federal do Amapá – UNIFAP.

⁵ Residente de Cirurgia Geral pela Universidade Federal do Amapá – UNIFAP.

⁶ Residente de Cirurgia Geral pela Universidade Federal do Amapá – UNIFAP.

⁷ Médico pela Universidade Federal do Pará – UFPA. Especialista em Cirurgias Geral, do Trauma e Bariátrico; Preceptor do Programa de Residência Médica da Universidade Federal do Amapá.

⁸ Orientador. Médico pela Universidade Federal do Pará – UFPA. Médico Cirurgião Geral preceptor do Hospital Universitário da Universidade Federal do Amapá.

ABSTRACT: Foreign body ingestion is a common emergency in emergency departments. One notable object involved is the dental prosthesis, with advanced age, poor maintenance, and psychiatric comorbidities being risk factors for such occurrences. This case report describes the accidental ingestion of a dental prosthesis, which became impacted in the proximal esophagus. Such a condition can lead to severe consequences if diagnosis is delayed or incorrect. In this context, imaging tests such as radiography and contrast-enhanced computed tomography appear to be sufficient for diagnosis. Early intervention is essential to prevent complications, and the endoscopic approach is preferred. However, due to the variety of dental prostheses and the anatomical complexity of the upper gastrointestinal tract, this approach is not always feasible, and treatment decisions must be individualized.

Keywords: Accidental Ingestion. Dental Prosthesis. Foreign Body. Esophagus.

RESUMEN: La ingestión de cuerpos extraños es una emergencia común en los servicios de urgencias. Uno de los objetos que merece especial atención es la prótesis dental, siendo la edad avanzada, el mantenimiento deficiente y las comorbilidades psiquiátricas factores de riesgo para su ocurrencia. En este relato se describe un caso de ingestión accidental de una prótesis dental, la cual quedó impactada en el esófago proximal. Esta condición puede generar graves consecuencias si el diagnóstico es tardío o incorrecto. En este sentido, los estudios de imagen como la radiografía y la tomografía computarizada con contraste oral parecen ser suficientes para el diagnóstico. La intervención debe realizarse de manera precoz para evitar complicaciones, y preferentemente mediante tratamiento endoscópico. Sin embargo, debido a la diversidad de tipos de prótesis dentales y la complejidad anatómica del tracto gastrointestinal superior, esta vía no siempre es viable, debiéndose individualizar la decisión según cada caso.

Palabras clave: Ingestión Accidental. Prótesis Dental. Cuerpo Extraño. Esófago.

INTRODUÇÃO

A ingestão accidental de objetos estranhos é uma queixa comum nos pronto-atendimentos, sendo ossos e moedas de metal os objetos ingeridos accidentalmente mais prevalentes na população adulta e infantil, respectivamente (S. N. BANDYOPADHYAY et al, 2014).

Em alguns casos, o objetivo ingerido pode ser uma prótese dentária, e é comum que isso ocorra em pacientes que não realizam a manutenção adequada e o acompanhamento com profissional qualificado (S. HASHIMI et al, 2004; S. N. BANDYOPADHYAY et al, 2014).

Um dos locais mais comuns de impactação é a porção cervical do esôfago, tendo baixas probabilidades de complicações. O paciente pode se apresentar com odinofagia ou

disfagia, embora a ausência de tais sintomas não afastem o diagnóstico na frente de grande probabilidade visualizada na história clínica (S. N. BANDYOPADHYAY et al, 2014). O diagnóstico pode ser difícil, pois muitas dentaduras não são capazes de serem detectadas com a radiologia convencional por não se constituem de material metálico (S. N. BANDYOPADHYAY et al, 2014).

Quanto à intervenção, é de extrema importância que elas sejam executadas de forma precoce, pois é um dos fatores decisivos para evitar possíveis complicações (I. SEJDINAJ et al, 1973; P. B. RAJESH, 1993; S. HASHIMI et al, 2004; A. PINERO MADRONA et al, 2000; X. ZHANG et al, 2017).

Neste relato, será descrito um caso de ingestão de uma dentadura em um hospital de emergências da Amazônia Legal, localizado na cidade de Macapá, no estado do Amapá.

RELATO DE CASO

Um homem de 43 anos de idade procurou o Hospital de Emergência Oswaldo Cruz de Macapá-AP devido à ingestão de prótese dentária. Natural e procedente de Macapá-AP, etilista de longa data com preferência para bebidas destiladas, com um consumo médio de 70 gramas de álcool por semana, e tabagista, com carga tabágica de 40 maços-ano. Negava alergias, comorbidades e uso de quaisquer drogas ilícitas. Não apresentava antecedentes médicos pessoais nem histórico familiar dignos de nota para este relato e não utilizava nenhuma medicação de uso contínuo. Na admissão, queixava-se de disfagia, odinofagia e sialorreia, e não apresentava alterações dos sinais vitais. Na anamnese, foi relatada pelo acompanhante do paciente a história de ingestão de prótese dentária enquanto consumia bebidas alcoólicas destilada em excesso há aproximadamente 12 horas, mantendo suas queixas desde então. Ao exame físico, apresentava-se em regular estado geral, sialorreico, eupneico em ar ambiente, consciente e orientado em tempo e espaço, acianótico, anictérico e afebril. Não apresentava nenhuma alteração ao exame cardíaco. Ao exame do aparelho respiratório, apresentava discreto estridor em repouso e murmúrio vesicular presente bilateralmente, sem ruídos adventícios. O abdome era plano, flácido, ruídos hidroaéreos presentes, indolor e não havia massas palpáveis ou visceromegalias. Não apresentava nenhum sinal ou foco infeccioso no momento. Os sinais vitais aferidos na admissão demonstravam uma pressão arterial sistólica de 131mmHg, pressão arterial diastólica de

83mmHg, frequência cardíaca de 85bpm, a saturação venosa de oxigênio era de 98%, a temperatura axilar era de 36,9°C, a escala de coma de Glasgow era de 15 pontos e classificação de risco na emergência pelo protocolo de Manchester foi amarela. O paciente apresentou ainda um encaminhamento de um serviço local de endoscopia digestiva alta e colonoscopia relatando que havia um corpo estranho obstruindo esôfago em linha de fúrcula, em região de esôfago proximal, sem sucesso de remoção pela via endoscópica devido ao risco de perfuração ou laceração do tecido durante o processo. Foi solicitado o parecer do serviço de cirurgia geral do hospital pela equipe médica do pronto atendimento. Na avaliação, foi solicitado o exame de radiografia de pescoço, tórax e abdome em incidências anteroposterior e perfil sem a utilização de contrastes, a qual sinalizou um objeto radiopaco em região cervical. Além disso, foram solicitados exames laboratoriais, dos quais as únicas alterações eram uma discreta leucocitose e um aumento da proteína C reativa.

Devido ao quadro clínico e a tentativa falha de retirada da dentadura via endoscópica, a equipe de cirurgia geral indicou a cervicotomia de urgência e o procedimento foi realizado em 2 horas. Durante a indução anestésica foi realizado antibioticoprofilaxia com cefazolina e foi optado pela anestesia geral sub ventilação mecânica. No momento da cirurgia, paciente se apresentava em decúbito dorsal horizontal, foi feito a assepsia, antisepsia e a colocação dos campos estéreis. Foi realizada uma cervicotomia a esquerda (**figura 1**), diérese por planos até identificação de esôfago cervical, foi realizada a dissecção do esôfago através de uma abertura longitudinal do tecido, onde foi possível localizar e retirar uma dentadura de aproximadamente 5 centímetros (**figura 2**), compatível com o relato do paciente. Foi visualizado no momento do procedimento que não haviam lesões em esôfago provenientes do objeto. Após isso, foi realizada a revisão de hemostasia, sem nenhum sangramento ativo visível. Nesse momento foi realizada a passagem de uma sonda nasoenterica com visualização direta pela incisão, garantido com que a sonda não passasse pela incisão. Após isso, foi feito a esofagorrafia em dois planos; a síntese por planos até a pele; a fixação de um dreno de acoplado a uma bolsa de Karaya e, por último, a limpeza da ferida e o curativo. Todo o procedimento ocorreu sem nenhuma intercorrência e o paciente se manteve estável hemodinamicamente.

Figura 1 – Cervicotomia a esquerda com visualização parcial de dentadura.



Fonte: O autor.

2921

Figura 2 – Dentadura retirada do esôfago



Fonte: O autor

No pós-operatório imediato, o paciente foi alocado para internação na enfermaria da clínica cirúrgica do mesmo hospital e foi prescrito dieta zero e, posteriormente, a introdução alimentar via sonda nasoenteral conforme tolerância. O paciente evoluiu com boa aceitação da dieta no momento inicial e sem intercorrências.

No segundo dia pós-operatório, o próprio paciente retirou a sonda nasoenteral a, assim, dieta foi descontinuada. A passagem às cegas de uma outra sonda foi contraindicada pela equipe médica da enfermaria devido à recente esofagorrafia e o alto risco de ocorrer uma perfuração durante o procedimento. Após a avaliação da equipe de nutrição junto com a equipe médica, foi decidido a introdução de uma dieta parenteral e suspensa qualquer alimentação enteral. Nesse caso, foi solicitado a passagem de um cateter venoso central para iniciação da alimentação. No mesmo dia, foi realizado o procedimento de cateterização em ambiente controlado, sem nenhuma intercorrência.

A partir do terceiro dia pós-operatório foi realizada dieta parenteral. Foi prescrito pelo serviço de nutrição hospitalar 2 bolsas de nutrição parenteral total por dia, totalizando 2,200 mL.

Nesse mesmo dia, o paciente apresentou crepitação à palpação de região torácica tendo como hipótese diagnóstica enfisema subcutâneo em região torácica por uma possível formação de fístula de rafia. Ao exame o paciente estava em regular estado geral, consciente e orientado, sem nenhuma alteração na ausculta cardiopulmonar e sem nenhum sinal de instabilidade hemodinâmica.

No quarto dia de pós-operatório, devido ao enfisema subcutâneo, foi realizado um teste com azul de metileno em busca de possíveis fistulas e duas radiografia foram solicitadas, uma torácica e outra cervical. No teste não foi visualizado nenhum extravasamento do corante e na radiografia não foram encontradas nenhuma alteração, afastando o diagnóstico proposto. Nesse mesmo dia, devido a boa evolução do paciente, a dieta foi progredida para enteral líquida restrita de teste junto com a dieta parenteral.

No quinto dia de pós-operatório, o enfisema já havia tido significativa redução e, devido a boa aceitação da alimentação anteriormente prescrita, a dieta foi evoluída para líquida geral, ainda junto com a dieta parenteral. No sexto dia foi evoluída para dieta pastosa, agora sem o aporte parenteral. O dreno cervical foi retirado. No final do dia, devido a excelente evolução do paciente e boa aceitação da dieta, recebeu alta hospitalar.

Durante a internação, não houve intercorrências graves. Paciente não evoluiu com nenhum sinal de instabilidade hemodinâmica, não foi necessário a utilização de leito da Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) e o enfisema subcutâneo teve resolução espontânea. Também foram solicitados exames laboratoriais seriados no pós-operatório, sem nenhuma alteração digna de nota. Na alta o paciente recebeu um encaminhamento para seguimento ambulatorial do caso e receita com medicamentos sintomáticos, caso tenha sido necessário.

No seguimento ambulatorial, o paciente se apresentou em consulta no décimo quinto dia de pós-operatório sem nenhuma queixa, as suturas se apresentaram com evolução fisiológica sem sinais flogísticos, nenhum sinal de formação de fístula foi constatado, os exames laboratoriais não apresentaram alterações e o paciente recebeu alta da cirurgia geral.

DISCUSSÃO

Em termos epidemiológicos, existem alguns fatores que parecem contribuir para a ingestão de objetos estranhos, especialmente as dentaduras. Alguns dos possíveis fatores que vieram a contribuir para tal ocorrência foram a não realização de manutenção regularmente da prótese dentária, consumo de bebidas alcoólicas enquanto a dentadura estava sendo utilizada e o baixo nível socioeconômico. (S. HASHIMI et al, 2004; S. N. BANDYOPADHYAY et al, 2014). No caso citado, o paciente tinha uma baixa condição socioeconômica e não realizava consultas com odontólogos regularmente. Outro fator que contribui, mas que destoa do paciente relatado, é a idade avançada. A população idosa parece ser um fator de risco para ingestão accidental de objetos estranhos, incluindo a dentadura (G.F. LONGSTRETH et al, 2001; P. RATHORE et al, 2009). Outro fator epidemiológico a ser considerado é o quadro psiquiátrico do paciente, pois além do etilismo crônico apresentado pelo paciente, a ingestão do objeto ocorreu enquanto ele consumia altas doses de álcool destilado, e, consequentemente estava embriagado no momento da ingestão accidental, segundo o que foi relatado pela acompanhante. É comum que pacientes portadores de distúrbios psiquiátricos, rebaixamento de nível de consciência ou confusão mental, tenham uma maior predisposição para a ocorrência de ingestão de corpos estranhos (M. GACHABAYOV et al, 2015; M. ZAREI et al, 2016; S. N. BANDYOPADHYAY et al, 2014). Tal fator, inclusive, compromete a anamnese, pois esses pacientes podem não ter a

lembrança de ter engolido um objeto estranho, vindo a ser um possível fator confundidor que poderia postergar o diagnóstico (M. ZAREI et al, 2016).

O paciente se apresentou no pronto-atendimento já diagnosticado e encaminhado pelo serviço de endoscopia do estado. Os pacientes costumam evoluir como sintomas principais a disfagia, a dor retroesternal e a odinofagia (V. GANESH et al, 2021; S. HASHIMI et al, 2004; S. N. BANDYOPADHYAY et al, 2014). Tais sintomas, principalmente a disfagia, foram observados no paciente relatado. Além disso, outro sintoma que foi observado no caso foi a sialorreia, a qual demonstrou ser pouco presente na literatura utilizada para este relato.

A radiografia de tórax sem contraste via oral foi o primeiro exame a ser solicitado em nosso paciente, quando foi localizado o objeto. Para o diagnóstico, pode ser usado exames de imagem, como radiografias e tomografias computadorizadas, sendo este último o padrão-ouro e o exame de escolha para tal situação (V. GANESH et al, 2021; A. SGHAIER et al, 2023; M. SIDDIQ et al, 2017; N.S JONES et al, 1991). A radiografia pode ter um papel limitado devido ao fato de algumas próteses dentárias, sobretudo as mais modernas, não serem radiopacas. Além disso, o objeto pode se impactar de forma a ficar sobreposto a alguma vértebra, dificultando a sua visualização. Dessa forma, uma radiografia com o resultado normal não descarta o diagnóstico diante da suspeita clínica (S. NEUSTEIN et al, 2007; F. T. ORJI, 2012; M. SIDDIQ et al, 2017).

A intervenção deve ser de urgência e com uma equipe multidisciplinar preparada, pois o quadro pode evoluir com complicações críticas, como obstrução ou perfuração do trato gastrointestinal, fístula traqueoesofágica, hemorragias digestivas e abscesso cervical (I. SEJDINAJ et al, 1973; P. B. RAJESH, 1993; S. HASHIMI et al, 2004; A. PINERO MADRONA et al, 2000; X. ZHANG et al, 2017). O diagnóstico tardio também é um fator que pode predispor complicações (S. N BANDYOPADHYAY et al, 2014).

Quando possível, o tratamento de escolha deve ser intervenção pela endoscopia digestiva alta (P. MURTY et al, 2001). Devido à forma, à presença de hastes metálicas para o encaixe anatômico na cavidade oral e ao tamanho da dentadura, ela poderia facilmente penetrar na parede da mucosa do esôfago e trazer complicações sérias (S. N. BANDYOPADHYAY et al, 2014). No caso do paciente em questão, segundo o serviço de endoscopia do qual foi encaminhando, as hastes metálicas da dentadura se ancoraram na

mucosa do esôfago, tendo alto risco de laceração de esôfago caso fosse tentada a retirada por via endoscópica. Por esse motivo, a intervenção endoscópica não foi possível e foi indicada a cervicotomia.

A intervenção cirúrgica aberta para a ingestão de objetos estranhos é possível através de toracotomia e cervicotomia e geralmente está indicada em casos de complicações (B. J. ABDULLAH et al, 1998; T. MIYAZAKI, 2009; A. N. DALVI et al, 2009). Esta última foi a abordagem escolhida para o caso relatado, mesmo na ausência de complicações no momento da internação.

CONCLUSÃO

A ida ao pronto-socorro devido à ingestão acidental de objeto estranho é relativamente comum em hospitais de pronto atendimento, afetando várias faixas etárias, dentre elas, pacientes idosos que fazem uso de prótese dentária é de grande relevância. Para uma melhor abordagem diagnóstica, é crucial realizar uma anamnese bem detalhada e um exame físico completo, pois isso permite realizar a escolha da abordagem terapêutica de forma adequada.

A utilização de exames de imagem é crucial para o diagnóstico correto e para o melhor planejamento terapêutico, seja com abordagens via endoscopia digestiva alta, ou cirúrgica através de uma incisão. A tomografia computadorizada sem contraste é o exame padrão-ouro para esse tipo de caso, já que a prótese dentária pode ser composta de materiais radiotransparentes, sendo impossível localizá-las em uma radiografia simples, sendo portanto necessário realizar pelo menos o exame de raio-X para descartar tal possibilidade.

Iniciar o tratamento de forma precoce é de suma importância para evitar que o caso evolua para uma forma mais grave. Se possível no serviço de atendimento inicial, a endoscopia digestiva alta é a o tratamento de escolha para a retirada da dentadura impactada no esôfago, sendo assim é essencial que este serviço esteja disponível em unidades de saúde de média e alta complexidade. A escolha da abordagem terapêutica deve ser individualizada, levando em consideração a dificuldade e os riscos de complicações cirúrgicas que podem surgir a depender da localização e da forma que a prótese dentária pode estar no esôfago, principalmente se for optado pela endoscopia digestiva alta. Quanto realizado a cirurgia por incisão, o seguimento pós-operatório é de grande importância para alcançar um bom

2925

prognóstico nesse tipo de caso. Sendo assim, a progressão gradual da dieta do paciente e o monitoramento ativo para busca de possíveis fístulas da sutura foi fundamental para a boa recuperação do paciente.

Por fim, vale lembrar que a prevenção, sendo ela primária ou secundária, é uma boa estratégia para evitar a ocorrência e a recorrência desses tipos de caso. Tais medidas devem ser focadas nos principais fatores de risco que possam levar a ocorrências desses tipos de casos. No nosso caso, a realização de manutenção regular da prótese dentária, além da orientação de se evitar o uso de álcool em excesso enquanto se usa uma dentadura provavelmente poderia ter evitado que o paciente evoluísse para deglutição accidental da dentadura.

REFERÊNCIAS

- ABDULLAH BJ, et al. Dental prosthesis ingested and impacted in the esophagus and orolaryngopharynx. *J Otolaryngol*. 1998; 27(4): 190-4.
- BANDYOPADHYAY SN, et al. Impacted dentures in the oesophagus. *J Laryngol Otol*. 2014; 128(5): 468-74.
- DALVI AN, et al. Thoracoscopic removal of impacted denture: Report of a case with review of literature. *J Minim Access Surg*. 2010; 6(4): 119-21.
- GACHABAYOV M, et al. Swallowed dentures: Two cases and a review. *Ann Med Surg (Lond)*. 2015; 4(4): 407-13.
- GANESH V, et al. Management of a swallowed denture: our experience with 34 patients. *Ger Med Sci*. 2021; 19: Doc10.
- HASHIMI S, et al. Swallowed partial dentures. *J R Soc Med*. 2004; 97(2): 72-5.
- JONES NS, et al. Foreign bodies in the throat: a prospective study of 388 cases. *J Laryngol Otol*. 1991; 105: 104-108.
- LONGSTRETH GF, et al. Esophageal food impaction: epidemiology and therapy. A retrospective, observational study. *Gastrointest Endosc*. 2001; 53: 193-198.
- MIYAZAKI T, et al. Management of oesophageal foreign bodies: Experience of 90 cases. *Esophagus*. 2009; 6: 155-9.
- MURTY P, et al. Foreign bodies in the upper aero-digestive tract. *J Sci Res Med Sci*. 2001; 3(2): 117-20.

NEUSTEIN S, BEICKE M. Ingestion of a fixed partial denture during general anesthesia. *Anesth Prog.* 2007; 54(2): 50-1.

ORJI FT, et al. Management of esophageal foreign bodies: experience in a developing country. *World J Surg.* 2012; 36(5): 1083-8.

PINERO MADRONA A, et al. Intestinal perforation by foreign bodies. *Eur J Surg.* 2000; 166(4): 307-309.

RAJESH PB, GOITI JJ. Late onset tracheo-oesophageal fistula following a swallowed dental plate. *Eur J Cardiothorac Surg.* 1993; 7(12): 661-2.

RATHORE P, et al. Prolonged foreign body impaction in the oesophagus. *Singapore Med J.* 2009; 50: e53-4.

SEJDINAJ I, POWERS RC. Enterocolonic fistula from swallowed denture. *JAMA.* 1973; 225(8): 994.

SGHAIER A, et al. An unusual etiology of acute intestinal occlusion: The swallowed missing dentures a case reports and literature review. *Int J Surg Case Rep.* 2023; 110: 108770.

SIDDIQ M, et al. Duodenal perforation due to ingested partial denture. *J Coll Physicians Surg Pak.* 2017; 27(12): 778-779.

ZAREI M, et al. Intestinal perforation due to foreign body ingestion in a schizophrenic patient. *Int J High Risk Behav Addict.* 2016; 5(3): e30127.

ZHANG X, et al. Esophageal foreign bodies in adults with different durations of time from ingestion to effective treatment. *J Int Med Res.* 2017; 45(4): 1386-93.