

## COMPLICAÇÕES DE CORPOS ESTRANHOS EM OTORRINOLARINGOLOGIA

FOREIGN BODY COMPLICATIONS IN OTOLARYNGOLOGY

COMPLICACIONES DE CUERPOS EXTRAÑOS EN OTORRINOLARINGOLOGÍA

Michelle Alves Ribeiro<sup>1</sup>

Ana Luiza Lopes de Souza<sup>2</sup>

Maria Luísa Moreira Teixeira<sup>3</sup>

**RESUMO:** A presença de Corpos Estranhos (CEs) no trato aéreo-digestivo superior e nas cavidades de Otorrinolaringologia (ORL) – orelha, nariz e faringe/laringe/esôfago proximal – constitui uma emergência clínica frequente, especialmente na população pediátrica. A morbidade associada não deriva primariamente da presença inicial do objeto, mas sim das complicações secundárias que se manifestam devido ao tempo de permanência, à natureza do CE e à localização anatômica. Este artigo visa realizar uma revisão clínica e patofisiológica aprofundada das principais complicações decorrentes da retenção de CEs nas subunidades da ORL, abordando a otoscopia, rinoscopia, faringoscopia e a relevância da endoscopia rígida/flexível no diagnóstico e manejo. O foco recai sobre a obstrução respiratória, necrose tecidual, infecção secundária e sequelas a longo prazo.

**Palavras-chave:** Otolaringologia. Reação a Corpo Estranho. Terapêutica.

**ABSTRACT:** The presence of foreign bodies (FBs) in the upper aerodigestive tract and in the otorhinolaryngology (ENT) cavities – ear, nose, and pharynx/larynx/proximal esophagus – constitutes a frequent clinical emergency, especially in the pediatric population. The associated morbidity does not primarily derive from the initial presence of the object, but rather from secondary complications that manifest due to the length of time the FB remains, its nature, and its anatomical location. This article aims to provide an in-depth clinical and pathophysiological review of the main complications arising from the retention of FBs in the ENT subunits, addressing otoscopy, rhinoscopy, pharyngoscopy, and the relevance of rigid/flexible endoscopy in diagnosis and management. The focus is on respiratory obstruction, tissue necrosis, secondary infection, and long-term sequelae.

4296

**Keywords:** Otolaryngology. Foreign-Body Reaction. Therapeutics.

**RESUMEN:** La presencia de cuerpos extraños (CE) en el tracto aerodigestivo superior y en las cavidades otorrinolaringológicas (ORL) – oído, nariz y faringe/laringe/esófago proximal – constituye una urgencia clínica frecuente, especialmente en la población pediátrica. La morbilidad asociada no se deriva principalmente de la presencia inicial del objeto, sino de complicaciones secundarias que se manifiestan debido al tiempo que permanece el CE, su naturaleza y su localización anatómica. Este artículo tiene como objetivo proporcionar una revisión clínica y fisiopatológica en profundidad de las principales complicaciones derivadas de la retención de CE en las subunidades ORL, abordando la otoscopia, la rinoscopia, la faringoscopia y la relevancia de la endoscopia rígida/flexible en el diagnóstico y manejo. El enfoque se centra en la obstrucción respiratoria, la necrosis tisular, la infección secundaria y las secuelas a largo plazo.

**Palabras clave:** Otolaringología. Reacción a Cuerpo Extraño. Terapéutica.

<sup>1</sup>Médica pelo Centro Universitário de Belo Horizonte (UniBH).

<sup>2</sup>Acadêmica de Medicina pelo Centro Universitário de Belo Horizonte (UniBH).

<sup>3</sup>Acadêmica de Medicina pelo Centro Universitário de Belo Horizonte (UniBH).

## 1 INTRODUÇÃO

A otorrinolaringologia (ORL) lida com a gestão de corpos estranhos (CEs) em sítios de alta sensibilidade e funcionalidade crítica. A ingestão ou inserção acidental de CEs é um evento de prevalência significativa, com taxas elevadas em crianças menores de 4 anos e em adultos com distúrbios cognitivos ou psiquiátricos. O manejo clínico transcende a simples remoção; exige a avaliação meticolosa do potencial de injúria e a prevenção/tratamento das complicações subsequentes.

Os CEs podem ser classificados em orgânicos (sementes, alimentos, madeira) ou inorgânicos (plásticos, metais, baterias de disco, ímãs). Os CEs orgânicos tendem a induzir uma reação inflamatória exacerbada e a inchar, enquanto os inorgânicos podem causar danos mecânicos, químicos ou elétricos. A complicação é uma cascata patofisiológica que começa com o trauma tecidual inicial e progride para isquemia local, inflamação crônica, infecção secundária e, em casos extremos, comprometimento sistêmico.

Este artigo visa realizar uma revisão clínica e patofisiológica aprofundada das principais complicações decorrentes da retenção de CEs nas subunidades da ORL, abordando a otoscopia, rinoscopia, faringoscopia e a relevância da endoscopia rígida/flexível no diagnóstico e manejo.

4297

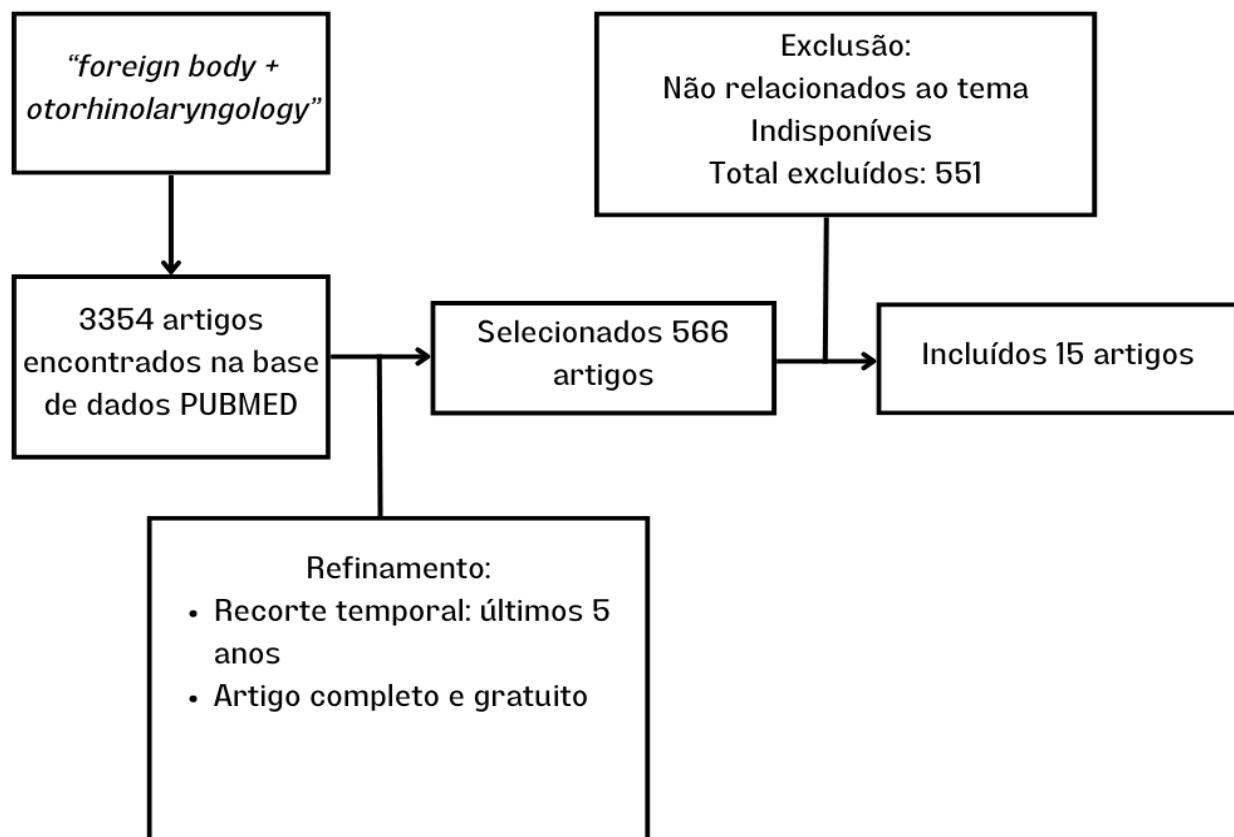
## 2 MÉTODOS

Trata-se de uma revisão narrativa de literatura que utilizou artigos publicados de forma integral e gratuita na base de dados U.S. National Library of Medicine (PUBMED). Deu-se preferência para a bibliografia publicada nas línguas inglesa, portuguesa, espanhola e francesa. Os unitermos utilizados para a busca foram: “*foreign body + otorhinolaryngology*”.

Visando uma abordagem mais atual acerca do objetivo almejado, um recorte temporal foi incorporado à filtragem, que incluiu pesquisas publicadas nos últimos cinco anos. No entanto, livros referência da medicina também foram consultados no intuito de melhor conceituar os termos aqui utilizados, trazendo maior assertividade e confiabilidade à pesquisa.

Nos meses de novembro e dezembro de 2025, os autores deste trabalho se dedicaram a uma busca minuciosa pelos estudos elegíveis dentre aqueles encontrados. A seleção incluiu a leitura dos títulos dos trabalhos, excluindo aqueles cujo tema não era convergente com o aqui abordado. Posteriormente, realizou-se a leitura integral dos estudos e apenas 15 dos 566 artigos encontrados foram utilizados aqui de alguma forma. As etapas citadas foram descritas na figura a seguir (**Figura 1**):

**Figura 1** - Artigos encontrados na PUBMED: metodologia utilizada



**Fonte:** De autoria própria, 2025.

Ademais, vale ressaltar que esta pesquisa dispensou a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), tendo em vista que não aborda e nem realiza pesquisas clínicas em seres humanos e animais. Por conseguinte, asseguram-se os preceitos dos aspectos de direitos autorais dos autores vigentes previstos na lei (BRASIL, 2013).

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

#### 3.1 Corpos estranhos auriculares

A maioria dos CEs auriculares se aloja no meato acústico externo (MAE).

##### 3.1.1 Complicações agudas

**Laceração do MAE e Hemorragia:** O trauma direto, frequentemente induzido por tentativas iatrogênicas ou não profissionais de remoção, pode causar abrasão do epitélio ou laceração profunda.

**Perda Auditiva Condutiva:** A obstrução mecânica completa do MAE resulta em hipoacusia condutiva transitória, reversível após a remoção.

**Perfuração da Membrana Timpânica (MT):** CEs pontiagudos ou a pressão exercida durante a manipulação podem resultar em perfuração traumática. A otoscopia pneumática é contraindicada nesses casos. A perfuração pode levar à otite média aguda secundária.

### **3.1.2 Complicações crônicas e infecciosas**

**Otite Externa Difusa (OED):** A retenção prolongada, especialmente de CEs orgânicos ou irritativos, cria um ambiente úmido propício à proliferação bacteriana (*Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus*) ou fúngica (*Aspergillus spp.*).

**Otite Média Aguda/Serosa:** No caso de perfuração da MT, pode haver migração de patógenos para a caixa timpânica, ou, em CEs higroscópicos, a retenção de água pode favorecer o desenvolvimento de otite serosa.

**Estenose do MAE:** A cicatrização hipertrófica e o granuloma de corpo estranho após inflamação crônica ou trauma extenso podem resultar em estenose fibrosa do canal, exigindo meatoplastia para restauração do lúmen e da função auditiva.

**Mastoidite:** É uma complicação rara, mas grave, resultante da progressão de uma otite média não tratada após perfuração. 4299

### **3.2 Corpos estranhos nasais**

CEs nasais são tipicamente unilaterais e alojam-se na porção anterior da cavidade nasal ou abaixo do corneto inferior.

#### **3.2.1 Complicações Inflamatórias e Infecciosas**

**Rinite/Sinusite Aguda:** A obstrução mecânica e a reação inflamatória da mucosa pituitária prejudicam a drenagem dos óstios sinusais, levando à rinossinusite secundária.

**Granuloma e Neovascularização:** A permanência de CEs, particularmente os orgânicos, induz a formação de tecido de granulação exuberante (muitas vezes confundido com pólipos), tornando a remoção mais desafiadora e com maior risco de epistaxe.

**Abscesso Septal e Perfuração Septal:** A isquemia por pressão e a infecção crônica do septo cartilaginoso podem levar à necrose avascular, evoluindo para a formação de um abscesso

septal. Se não drenado, resulta em destruição da cartilagem e perfuração septal iatrogênica ou espontânea, com o potencial de causar deformidade em sela.

### 3.2.2 Complicações Químicas (Baterias de Disco)

**Necrose por Liquefação:** A complicaçāo mais destrutiva é causada por baterias de disco de lítio. A corrente elétrica gera hidróxido de sódio ou potássio na mucosa úmida, causando uma lesão por hidrólise, rápida e profunda, resultando em necrose por liquefação em poucas horas.

**Sequelas:** Podem incluir sinéquias nasais (aderências), estenose coanal, atrofia de cornetos e criptoeia septal. O manejo nesses casos é uma urgência otorrinolaringológica.

## 3.3 Corpos Estranhos no Trato Aéreo-Digestivo Superior (Faringe, Laringe, Esôfago)

Estes sítios representam o maior risco de mortalidade e morbidade grave, exigindo frequentemente intervenção sob anestesia geral.

### 3.3.1 Corpos Estranhos Laringotraqueobrônquicos (LTB)

Os CEs LTB representam uma ameaça à vida devido ao risco iminente de insuficiência respiratória. 4300

**Asfixia e Obstrução Completa:** O alojamento na glote ou subglote causa obstrução aguda total, levando à anoxia cerebral e óbito rápido se a manobra de Heimlich ou a traqueostomia/cricotireoidotomia de emergência não for realizada.

**Pneumonia de Aspiração e Atelectasia:** A obstrução parcial em um brônquio principal ou lobar pode levar a um mecanismo de válvula de esfera, onde o ar pode entrar, mas não sair (enfisema obstrutivo), ou um mecanismo de válvula de batente, onde o CE obstrui completamente o lúmen, causando atelectasia pulmonar distal. A inflamação e a infecção resultam em pneumonia pós-obstrutiva ou abscesso pulmonar.

**Fístula Traqueoesofágica (FTE):** A erosão crônica por um CE rígido ou a necrose por pressão pode levar à formação de uma comunicação patológica entre a traqueia e o esôfago, resultando em tosse, engasgos e pneumonia recorrente.

**Estenose Subglótica:** A inflamação crônica e a formação de granulomas na subglote, a parte mais estreita da via aérea pediátrica, podem levar a estenose cicatricial, exigindo laringoscopia de suspensão e dilatação/microcirurgia a laser.

### 3.3.2 Corpos Estranhos Faringoesofágicos

A maioria dos CEs esofágicos aloja-se nos três sítios de estreitamento fisiológico: esfíncter esofágico superior (EES) (o local mais comum), o arco aórtico e o esfíncter esofágico inferior (EEI).

**Erosão, Úlcera e Perfuração Esofágica:** CEs pontiagudos (espinhas de peixe, ossos) podem causar abrasão da mucosa e lacerações transmurais. A perfuração esofágica é a complicação mais temida, levando à mediastinite, uma infecção grave do mediastino com alta taxa de mortalidade.

**Impactação do CE e Estenose:** A permanência prolongada pode levar à esofagite por pressão e subsequente formação de estenose fibrótica no local da impactação, manifestando-se como disfagia ou odinofagia.

**Abscesso Retrofaríngeo/Parafaríngeo:** CEs alojados na faringe posterior (amígdalas, valécula) podem causar celulite profunda e formação de abscesso retrofaríngeo, com potencial de disseminação para o mediastino (via espaço perivertebral), causando septicemia e trombose da veia jugular interna (Síndrome de Lemierre).

**Corpos Estranhos de Bateria de Disco Esofágica:** No esôfago, a bateria de disco causa uma lesão de queimadura térmica e cáustica ainda mais rápida, devido à retenção do hidróxido de sódio gerado. A perfuração e a fistula traqueoesofágica podem ocorrer em menos de 6 horas. O tratamento é a remoção endoscópica imediata e a avaliação da necrose transmural.

4301

### 3.4 Abordagem Diagnóstica e Manejo

A anamnese detalhada é crucial, incluindo o tipo de CE, o tempo de ingestão/inserção e os sintomas associados (sialorreia, dispneia, estridor, febre, disfagia).

#### 3.4.1 Exames de Imagem

**Radiografia Simples (Rx):** Útil para CEs radiopacos (metais, ossos, baterias de disco). A Rx de tórax em inspiração e expiração é essencial na suspeita de CE LTB para evidenciar o aprisionamento aéreo (air trapping) ou atelectasia. A Rx lateral do pescoço pode delinear o CE esofágico ou o aumento do espaço retrofaríngeo.

**Tomografia Computadorizada (TC):** Indicada para CEs radiotransparentes (plásticos, madeira) ou na avaliação de complicações como abscessos perifaríngeos/retrofaringeos, perfuração esofágica ou mediastinite.

### 3.4.2 Intervenção

A maioria dos CEs complicados ou de alto risco requer remoção endoscópica sob anestesia geral:

**Orelha e Nariz:** Pode ser realizada sob microscopia (orelha) ou endoscopia rígida/flexível (nariz), com cautela para evitar injúria iatrogênica.

**Via Aérea:** Exige broncoscopia rígida, que permite melhor controle da via aérea e uso de instrumentos de preensão

**Esôfago:** Utiliza-se a esofagoscopia rígida ou flexível. A remoção de CEs impactados ou perfurantes exige cuidados extremos para evitar a laceração esofágica completa.

## 4 CONCLUSÃO

As complicações de CEs em ORL variam de condições benignas a emergências potencialmente fatais. A chave para minimizar a morbidade e mortalidade reside na suspeita clínica elevada, na identificação precoce de CEs de alto risco (notadamente as baterias de disco) e na intervenção especializada e oportuna. O conhecimento da anatomia topográfica e da patofisiologia da injúria tecidual é imperativo para o ORL e para a equipe de emergência. Estudos futuros devem focar no desenvolvimento de novas tecnologias endoscópicas e protocolos de triagem para otimizar o manejo e reduzir as sequelas a longo prazo, como estenoses cicatriciais e disfunções orgânicas.

4302

## REFERÊNCIAS

ASIRI, M.; AL-KHULBAN, M.S.; AL-SAYED, G. Foreign Body in the Nasal Cavity: A Case Report. *Cureus*; 2023, 15(12): e50373.

BOHADANA, S.C. et al. Foreign Body Accidents in a Pediatric Emergency Department. *Int Arch Otorhinolaryngol*; 2023, 27(2): e316-e323.

BRASIL. Lei N° 12.853. Brasília: 14 de agosto de 2013.

BUDHIRAJA, G. et al. Foreign Body Aspiration in Pediatric Airway: A Clinical Study. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg*; 2022, 74(Suppl 3): 6448-6454.

HUTCHINSON, K.A.; TURKDOGAN, S.; NGUYEN, L.H.P. Foreign body aspiration in children. *CMAJ*; 2023, 195(9): E333.

MOHSEN, F. et al. Foreign body aspiration in a tertiary Syrian centre: A 7-year retrospective study. *Heliyon*; 2021, 7(3): e06537.



PALADIN, I. et al. Foreign Bodies in Pediatric Otorhinolaryngology: A Review. *Pediatr Rep*; 2024, 16(2): 504-518.

SEKAR, R. et al. Migrated Foreign Body of Upper Digestive Tract-A Ten-Year Institutional Experience. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg*; 2022, 74(Suppl 3): 5577-5583.

SHEKARI, M.; AFZALZADEH, M.; MOUSAVI, E. A Missed Nasopharyngeal Foreign Body. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg*; 2023, 75(3): 2515-2517.

YAN, X.; DAI, G. Esophageal Foreign Body Missed Diagnosis; an Analysis of 12 Cases. *Arch Acad emerg Med*; 2023, 11(1): e65.

YILDIZ, E. et al. Rhinoliths: Analysis of 24 Interesting Forgotten Foreign Body Cases. *Ear Nose Throat J*; 2021, 100(8): 570-573.