

CAPÍTULO 3

CORPOS ESTRANHOS EM OUVIDO, NARIZ E FARINGE

Lucas Andrade Menezes¹; Eduardo Vettorazzi-Stuczynski²; Valéria Paula Sassoli Fazan³; Lucas Mathias Costa de Jesus⁴

¹ Graduando em Medicina, União das Faculdades dos Grandes Lagos (UNILAGO), São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. E-mail: menezes.lucas420@gmail.com ² Graduado em Medicina, Universidade de Caxias do Sul (UCS), Caxias do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: eduvettora@gmail.com ³ Doutora em Neurologia e Livre-docente em Neuroanatomia. Médica, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, FMRP-USP, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. E-mail: vpsfazan@yahoo.com.br ⁴ Acadêmico de Medicina (11º período), Faculdade de Medicina de Itumbiara – Faculdade Zarns, Itumbiara, Goiás, Brasil. E-mail: lucasmathias100@hotmail.com

1. Introdução

A impactação de corpos estranhos no conduto auditivo externo, na cavidade nasal e na via aerodigestiva superior está entre as queixas mais frequentes em serviços de urgência otorrinolaringológica, acometendo predominantemente crianças pequenas, mas também adultos com déficit cognitivo, transtornos psiquiátricos ou, no caso da faringe e do esôfago, impactação alimentar sobre uma patologia esofágica de base (Wilson, 2025). Embora a maioria dos casos evolua sem complicações quando reconhecida e tratada precocemente, um subgrupo de objetos — pilhas de botão, ímãs múltiplos e objetos pontiagudos — configura verdadeira urgência, com potencial de causar lesão tecidual grave em poucas horas.

Este capítulo organiza-se por sítio anatômico — ouvido, nariz e faringe/esôfago — descrevendo para cada um a apresentação clínica típica, as técnicas de remoção mais seguras e eficazes e os critérios que definem quando a tentativa de remoção deve ser abandonada em favor do encaminhamento a um serviço especializado ou ao centro cirúrgico.

2. Corpos Estranhos do Conduto Auditivo Externo

2.1 Apresentação Clínica

A maioria dos pacientes com corpo estranho auricular é assintomática, sendo o achado incidental durante exame otoscópico de rotina; quando sintomático, o quadro inclui otalgia, sensação de plenitude aurial, hipoacusia, prurido e, particularmente quando há insetos vivos envolvidos, desconforto intenso pelo movimento do inseto contra a membrana timpânica (Wilson, 2025).

2.2 Técnicas de Remoção e Critérios de Encaminhamento

A remoção pode ser tentada em ambiente ambulatorial em pacientes cooperativos ou adequadamente contidos, com a técnica dependendo do tipo de objeto: irrigação com água morna é eficaz e segura para a maioria dos corpos estranhos inorgânicos, mas está contraindicada diante de objetos que se expandem em contato com líquido (como sementes secas) ou de suspeita de perfuração timpânica; a instrumentação direta — com gancho, pinça jacaré ou cateter com balão inflável — é preferível para objetos orgânicos ou passíveis de fragmentação (Wilson, 2025). Insetos vivos devem ser mortos previamente com instilação de óleo mineral ou lidocaína tópica antes de qualquer tentativa de remoção, o que reduz o desconforto do paciente e o risco de lesão ao conduto durante a manipulação de um inseto ainda em movimento.

Uma coorte de mais de mil remoções de corpo estranho do conduto auditivo identificou como principais preditores de insucesso e de necessidade de encaminhamento especializado a localização profunda do objeto, o formato esférico ou friável, e a falta de cooperação do paciente — fatores que devem ser considerados antes de múltiplas tentativas na urgência, já que tentativas repetidas e malsucedidas aumentam o risco de laceração do conduto e de perfuração timpânica (Karimnejad *et al.*, 2017). Uma proposta de algoritmo de encaminhamento para otorrinolaringologia recomenda referência direta e precoce diante de objetos esféricos, pilhas de botão, tentativa prévia malsucedida, sangramento ativo ou paciente não cooperativo, evitando múltiplas manipulações por profissionais não especializados (Bysice *et al.*, 2023).

Pontos-chave — Corpo Estranho Auricular

- A maioria dos casos é assintomática e detectada ao exame otoscópico de rotina.
- Irrigação é contraindicada em objetos que incham com água e em suspeita de perfuração timpânica.
- Insetos vivos devem ser mortos com óleo mineral antes da remoção.
- Objeto esférico, localização profunda, tentativa prévia falha ou paciente não cooperativo: encaminhar sem insistir em novas tentativas.

3. Corpos Estranhos Nasais

3.1 Apresentação Clínica

A rinorreia unilateral fétida e purulenta em criança pequena é o achado clássico e deve sempre levantar a suspeita de corpo estranho nasal retido, mesmo na ausência de história de inserção testemunhada — o que é frequente, já que o episódio de inserção raramente é presenciado por um adulto (Wilson, 2025). Outros achados possíveis incluem obstrução nasal unilateral, epistaxe leve e, em casos de retenção prolongada, formação de rinolito por deposição mineral ao redor do objeto.

3.2 Técnicas de Remoção

Técnicas de pressão positiva — solicitando que o paciente assoe o nariz com a narina contralateral ocluída, ou, em crianças pequenas incapazes de cooperar, a técnica do "beijo da mãe" (oclusão da narina contralateral com insuflação de ar pela boca do cuidador na boca da criança) — são eficazes para objetos localizados anteriormente e devem ser tentadas antes de qualquer instrumentação (Wilson, 2025). Quando o objeto é visualizado diretamente, a instrumentação com gancho rombo posicionado posteriormente ao objeto, seguida de tração anterior, é preferível à pinça, que tende a empurrar objetos esféricos mais profundamente na cavidade nasal.

3.3 Pilhas de Botão: uma Emergência Verdadeira

A pilha de botão alojada na cavidade nasal constitui uma exceção categórica à conduta habitualmente não urgente reservada aos corpos estranhos nasais. A corrente elétrica gerada pelo contato da pilha com a mucosa úmida provoca hidrólise tecidual e necrose por liquefação em poucas horas, podendo evoluir para perfuração do septo nasal, sinéquias e deformidade nasal em sela mesmo após remoção considerada precoce (Thabet; Basha; Askar, 2013). Uma série retrospectiva de 176 casos pediátricos de pilha de botão nasal encontrou perfuração septal em quase um quinto dos pacientes, sem relação linear clara entre o tempo de retenção e o risco de perfuração — achado que reforça a orientação de remoção em caráter de emergência absoluta, sem aguardar jejum ou outros preparativos habitualmente observados para corpos estranhos não urgentes (Wu *et al.*, 2024). Diante de suspeita de pilha de botão nasal, a remoção deve ocorrer imediatamente após a confirmação diagnóstica, sob visualização direta e, em crianças não cooperativas, sob anestesia geral, com irrigação local do septo após a remoção para neutralizar resíduos alcalinos.

Pontos-chave — Corpo Estranho Nasal

- Rinorreia unilateral fétida em criança pequena: suspeitar de corpo estranho até prova em contrário.
- Técnicas de pressão positiva (assoar, "beijo da mãe") são a primeira linha para objetos anteriores.
- Gancho posicionado posteriormente ao objeto é preferível à pinça para objetos esféricos.
- Pilha de botão nasal é emergência absoluta — remoção imediata, sem esperar jejum ou preparo de rotina.

4. Corpos Estranhos da Faringe, do Esôfago e da Via Aérea

4.1 Faringe e Esôfago

Objetos alimentares — particularmente impactação de carne — predominam em adultos, frequentemente associados a patologia esofágica subjacente não diagnosticada, como estenose péptica, anel de Schatzki, esofagite eosinofílica ou distúrbio motor; já em crianças, moedas e pequenos objetos ingeridos acidentalmente respondem pela maioria dos casos (Balasubramaniam *et al.*, 2008). Os locais de impactação mais frequentes correspondem aos três estreitamentos anatômicos fisiológicos do esôfago: o esfíncter esofágico superior, o cruzamento com o arco aórtico e o esfíncter esofágico inferior.

A apresentação clínica de obstrução esofágica inclui disfagia, odinofagia, sialorreia incoercível e sensação de corpo estranho retroesternal; sinais de alarme que indicam remoção endoscópica em caráter de urgência — em vez de observação para passagem espontânea — incluem obstrução completa (incapacidade de deglutir a própria saliva), ingestão de pilha de botão ou de objeto pontiagudo, e sinais sugestivos de perfuração, como enfisema subcutâneo cervical, febre ou dor torácica intensa (Balasubramaniam *et al.*, 2008; Birk *et al.*, 2016). Uma revisão sobre corpos estranhos esofágicos impactados em adultos reforça que a maior parte dos objetos ingeridos progride espontaneamente pelo trato digestivo sem necessidade de intervenção, reservando-se a endoscopia para os cerca de 10 a 20% dos casos que não progridem ou que apresentam critérios de risco (Balasubramaniam *et al.*, 2008).

4.2 Corpo Estranho de Via Aérea

URGÊNCIAS EM OTORRINOLARINGOLOGIA

Diagnóstico, Estratificação de Risco e Conduta na Urgência Otorrinolaringológica

Diferentemente dos corpos estranhos do ouvido, do nariz e do esôfago, o corpo estranho aspirado para a via aérea inferior representa risco imediato à vida e exige abordagem emergencial. O quadro clássico de aspiração — tosse súbita, engasgo e estridor ou sibilo unilateral em criança previamente hígida — nem sempre está presente de forma completa, e a ausência desses achados clássicos não deve excluir o diagnóstico diante de história sugestiva (Okonkwo *et al.*, 2016).

Uma análise sobre fatores humanos na segurança do atendimento de corpo estranho de via aérea pediátrico identificou atrasos diagnósticos relacionados à variabilidade da apresentação clínica inicial e à baixa suspeição em quadros com sintomas respiratórios inespecíficos, reforçando a importância de manter alto índice de suspeição diante de qualquer criança com quadro respiratório agudo e história, mesmo vaga, de possível aspiração (Okonkwo *et al.*, 2016). Todo paciente com suspeita de corpo estranho de via aérea — mesmo com exame físico e radiografia inicialmente normais — deve ser encaminhado para avaliação endoscópica sob visualização direta (broncoscopia rígida ou flexível), já que a radiografia simples tem sensibilidade limitada para objetos radiotransparentes, que representam a maioria dos casos pediátricos.

Pontos-chave — Faringe, Esôfago e Via Aérea

- Impactação completa, pilha de botão ou objeto pontiagudo no esôfago: remoção endoscópica em caráter de urgência.
- Enfisema subcutâneo, febre ou dor torácica intensa após ingestão de corpo estranho sugerem perfuração.
- A apresentação clássica de aspiração de via aérea (tosse, engasgo, sibilo unilateral) pode estar incompleta — não excluir o diagnóstico por sua ausência.
- Radiografia normal não exclui corpo estranho de via aérea: a maioria dos objetos aspirados em crianças é radiotransparente.

5. Quadro-Síntese por Localização

Localização	Sinal de alarme típico	Conduta inicial
Conduto auditivo	Otalgia, hipoacusia, inseto vivo	Matar inseto vivo antes de remover; irrigação ou instrumentação conforme o objeto
Cavidade nasal	Rinorreia unilateral fétida	Pressão positiva primeiro; pilha de botão = remoção imediata
Esôfago	Disfagia, sialorreia, dor retroesternal	Observação se objeto rombo e paciente estável; endoscopia se obstrução completa, pilha ou objeto pontiagudo

URGÊNCIAS EM OTORRINOLARINGOLOGIA

Diagnóstico, Estratificação de Risco e Conduta na Urgência Otorrinolaringológica

Localização		Sinal de alarme típico	Conduta inicial
Via inferior	aérea	Tosse súbita, sibilo/estridor unilateral	Encaminhamento emergencial para broncoscopia — mesmo com RX normal

6. Conduta Prática na Urgência: Síntese

- **Nunca insista além de 1-2 tentativas:** falha inicial, objeto esférico ou paciente não cooperativo indicam encaminhamento especializado, evitando complicações iatrogênicas (Karimnejad *et al.*, 2017; Bysice *et al.*, 2023).
- **Pilha de botão é sempre emergência:** seja no ouvido, nariz ou esôfago, a remoção não deve aguardar jejum ou rotina de preparo (Thabet; Basha; Askar, 2013; Wu *et al.*, 2024).
- **Rinorreia unilateral fétida em criança:** corpo estranho nasal até prova em contrário (Wilson, 2025).
- **Sinais de perfuração esofágica:** enfisema, febre ou dor torácica intensa mudam a conduta de observação para intervenção urgente (Balasubramaniam *et al.*, 2008; Birk *et al.*, 2016).
- **Suspeita de aspiração de via aérea:** encaminhar para broncoscopia mesmo com exame físico e radiografia normais (Okonkwo *et al.*, 2016).

Referências

BALASUBRAMANIAM, S. K. *et al.* A review of the current management of impacted foreign bodies in the oesophagus in adults. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, v. 265, n. 8, p. 951-956, 2008.

BIRK, M. *et al.* Removal of foreign bodies in the upper gastrointestinal tract in adults: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline. *Endoscopy*, v. 48, n. 5, p. 489-496, 2016.

BYSICE, A. *et al.* Management of pediatric aural foreign bodies: towards a universal Otolaryngology referral algorithm. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, v. 167, p. 111493, 2023.

KARIMNEJAD, K. *et al.* External Auditory Canal Foreign Body Extraction Outcomes. *Annals of Otology, Rhinology & Laryngology*, v. 126, n. 11, p. 755-761, 2017.

OKONKWO, O. C. *et al.* Paediatric airway foreign body: the human factors influencing patient safety in our hospitals. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, v. 91, p. 100-104, 2016.

THABET, M. H.; BASHA, W. M.; ASKAR, S. Button battery foreign bodies in children: hazards, management, and recommendations. *BioMed Research International*, v. 2013, p. 846091, 2013.

WILSON, J. L. Foreign Bodies in the Ear, Nose, and Throat. *American Family Physician*, v. 112, n. 1, p. 27-33, 2025.

URGÊNCIAS EM OTORRINOLARINGOLOGIA

Diagnóstico, Estratificação de Risco e Conduta
na Urgência Otorrinolaringológica

WU, X. *et al.* Characteristics and treatment of pediatric nasal foreign bodies with button batteries: a retrospective analysis of 176 cases. PLOS One, v. 19, n. 8, p. e0309261, 2024.