

diferenciação são: CD117, CD34, proteína S-100, GFAP, SMA e desmina. O schwannoma apresenta positividade para proteína S-100 e GFAP e negatividade para CD117 e SMA. O GIST apresenta CD117 e CD34 positivos; S-100 e GFAP negativos. O leiomioma apresenta CD117, CD34, S-100 e GFAP negativos. Apresenta, no entanto, Desmina e SMA positivos, marcadores negativos em schwannoma e GIST^{4,5,6,7} (Figura 2).

	Schwannoma	GIST	Leiomioma
CD 117 (C-Kit)	Negativo	Positivo	Negativo
CD 34	Negativo	Positivo	Negativo
S-100	Positivo	Negativo	Negativo
GFAP*	Positivo	Negativo	Negativo
SMA**	Negativo	Negativo	Positivo
Desmina	Negativo	Negativo	Positivo

* Glial fibrillary acidic protein; ** Smooth muscle actin

FIGURA 2 - Perfil imunistoquímico dos tumores mesenquimais

Os fatores prognósticos de maior importância dos tumores mesenquimais, principalmente relacionados aos GIST, são tamanho do tumor e taxa de mitoses². Quanto mais baixo o grau de mitoses e quanto menor o tumor, melhor será o prognóstico. O papel da radioterapia e da quimioterapia, no schwannoma, por sua vez, permanece incerto, sendo o tratamento de eleição a ressecção cirúrgica com margens amplas^{5,9}.

REFERÊNCIAS

- Almeida MG, Hirschfeld APM, Farinha JCG, Roque MT, Ribeiro FLM, Mendonça PM, Volpiani JA. Schwannoma de Reto Associado à Doença de Von Recklinghausen - Relatório de Caso. *Rev Bras Coloproct*. 2005;25(1):64-66.
- Friedman M, Nannegari V, Jones D, Valerian BT. An Unusual Finding of Colonic Schwannoma. *Practical Gastroenterology*. 2011 December;56-59.
- Hou YY, Tan YS, Xu JF, Wang XN, Lu SH, Ji Y, Wang J, Zhu XZ. Schwannoma of the gastrointestinal tract: a clinicopathological, immunohistochemical and ultrastructural study of 33 cases. *Histopathology*. 2006 Apr;48(5):536-45.
- Hsu WH, Wu IC, Chen Cy, Chiang SL, Chen HW, Wu DC. Colon Schwannoma: A Case Report. 2009;20:255-259.
- Hung HY, Chiang JM, Chen JS, Tang R, Chen TS. Schwannoma of the Colon: Report of Case and Review of the Literature. *J Soc Colon Rectal Surgeon (Taiwan)* December 2008.
- Kown MS, Seung SL, Ahn GH. Schwannomas of the gastrointestinal tract: clinicopathological features of 12 cases including a case of esophageal tumor compared with those of gastrointestinal stromal tumors and leiomyomas of the gastrointestinal tract. *Pathol Res Pract*. 2002;198(9):605-13.
- Liegl B, Bennett MW, Fletcher CD. Microcystic/reticular schwannoma: a distinct variant with predilection for visceral locations. *Am J Surg Pathol*. 2008 Jul;32(7):1080-7.
- Miettinen M, Shekitka KM, Sobin LH. Schwannomas in the colon and rectum: a clinicopathologic and immunohistochemical study of 20 cases. *Am J Surg Pathol*. 2001 Jul;25(7):846-55.
- Park KJ, Kim KH, Roh YH, Kim SH, Lee JH, Rha SH, Choi HJ. Isolated primary schwannoma arising on the colon: report of two cases and review of the literature. *J Korean Surg Soc*. 2011 May;80(5):367-72. Epub 2011 May 6.
- Xu M. Gastric Schwannoma: a rare Schwann cell tumour of the GI tract. *UWOMJ* | 80:S1 | Summer 2011.

ABCDDV/1244

ABCD Arq Bras Cir Dig

2016;29(3):212-213

DOI: /10.1590/0102-6720201600030020

Carta ao Editor

TENTATIVA DE AUTOEXTERMÍNIO ATRAVÉS DA INGESTÃO DE 128 PREGOS

Self-extermination attempted through the 128 nails intake

Juliana L. LUSVARGHI, Marcelo C. FATURETO

Trabalho realizado na Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM, Uberaba, MG, Brasil

DESCRIPTORES – Suicídio. Adolescente. Pregos

HEADINGS – Suicide. Teenager. Nail.

Correspondência:

Juliana L Lusvarghi

E-mail: jujullusvarghi@hotmail.com; Recebido para publicação: 20/05/2015

mfat@terra.com.br

Fonte de financiamento: não há

Conflito de interesses: não há

Aceito para publicação: 24/05/2016

 This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License.

INTRODUÇÃO

O suicídio encontra-se entre as dez principais causas de morte em todas as faixas etárias e com maior incidência entre 15 e 35 anos. Sua incidência vem aumentando na população jovem⁷.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, diversas circunstâncias produtoras de estresse podem aumentar o risco de suicídio¹. Oitenta e cinco por cento dos pacientes que ingerem corpo estranho têm diagnóstico de doença psiquiátrica anterior e 84% desses pacientes já possuíam história de ingestões prévias⁵.

Dos corpos estranhos ingeridos 90% passam espontaneamente através do trato gastrointestinal; 10–20% requerem remoção endoscópica; e 1% procedimento cirúrgico⁶. Na população em geral, os corpos estranhos mais frequentemente encontrados são ingeridos acidentalmente, tais como ossos, espinhos ou caroços de fruta. A maioria fica alojada nas constrições fisiológicas do esôfago ou em locais de estreitamento anormal (estenoses, anéis ou tumores malignos).

Apresenta-se aqui caso de tentativa de autoextermínio com a ingestão contínua de pregos no decorrer de um ano.

RELATO DO CASO

Jovem de 16 anos deu entrada com história de ingestão de pregos há um ano alegando tentativa de autoextermínio após discussões constantes com o pai e ingestão contínua de pregos. Os pais eram catadores de lixo e possuíam marcenaria em que o paciente tinha livre acesso aos materiais ingeridos. Dois dias da admissão apresentava epigastralgia, vômitos e um episódio de fezes enegrecidas. Ao exame físico tinha bom estado geral, pouco colaborativo, descorado (1+/4+), emagrecido, FC 105 bpm, PA 120 x 80 mmHg, abdome plano, flácido, doloroso à palpação profunda de epigástrico e ausência de descompressão brusca dolorosa. Evidenciou-se grande quantidade de pregos em fossa ilíaca esquerda na radiografia de abdome (Figura 1) e hemograma com leucocitose e desvio à esquerda.

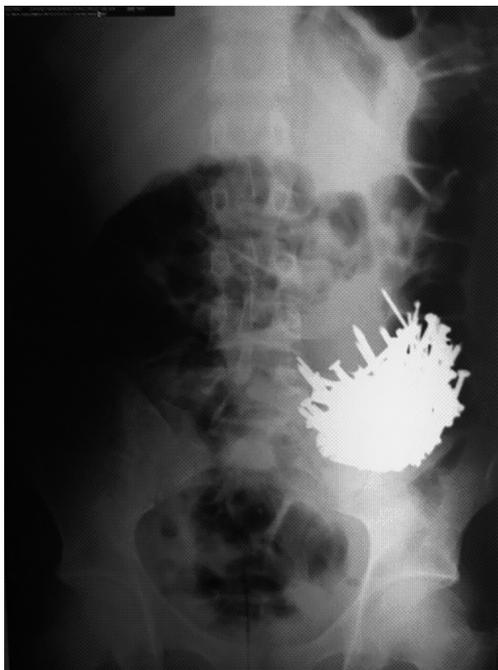


FIGURA 1 - Imagem de corpo estranho presente em fossa ilíaca esquerda em radiografia de abdome

Foi indicada laparotomia exploradora com palpação de “bolo” de pregos em estômago e visualizada perfuração bloqueada na parede posterior com saída de um prego (Figura 2). Procedeu-se ao desbridamento das bordas seguido de gastrorrafia da parede posterior, gastrotomia da parede anterior e retirada de 127 pregos (Figura 3) com tamanhos aproximados de 15 cmx15 mm. Foi optado pela realização adicional de radioscopia que evidenciou um prego em jejuno proximal retirado por jejunotomia, jejunorrafia e lavagem exaustiva da cavidade.

Iniciou-se a dieta líquida no segundo dia do pós-operatório. Recebeu alta hospitalar no sétimo para retorno ambulatorial. Acionou-se o Conselho Tutelar e avaliação da psiquiatria antes da alta hospitalar e foram prescritos Haldol, Fenergan e Fluoxetina, perdendo-se o seguimento. Realizado contato com a mãe, que se mostrava apreensiva com as atitudes do filho após nova tentativa de suicídio e agressividade com os outros cinco irmãos. O Conselho Tutelar avaliou o caso e devido às condições optou-se pela internação de dois anos até que ele atingisse a maioridade.

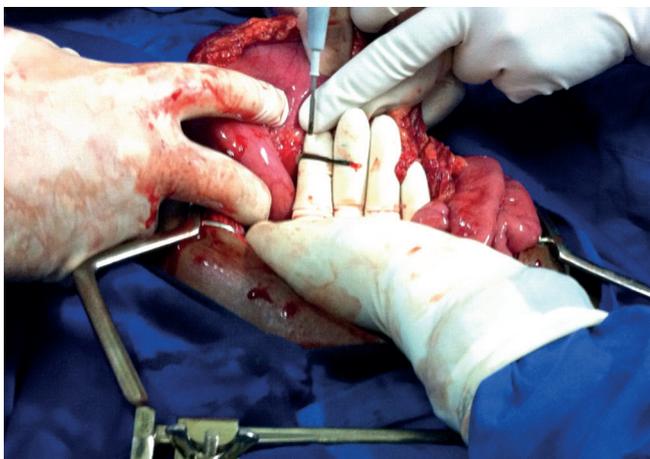


FIGURA 2 - Perfuração bloqueada em parede gástrica posterior com saída de um prego



FIGURA 3 – Total de 128 pregos retirados após abertura gástrica e jejunal

DISCUSSÃO

Ingestão de corpo estranho é comum na faixa pediátrica e a maioria das vítimas é de crianças e lactentes. Nos adultos pode-se encontrar três grupos: psicológicos ou suicidas, pacientes manipuladores ou ingestão acidental^{1,3,4,5}. Corpos estranhos impactados no esôfago podem causar obstrução ou perfuração com consequente pneumotórax, mediastinite ou pericardite. No estômago, as complicações mais comuns são: perfuração, infecção, peritonite, febre inexplicada, vômitos, dor abdominal e hematoquezia. O diagnóstico se faz principalmente com radiografia de abdome se o objeto for radiopaco; e se, radiotransparente, pode ser ingerida pequena quantidade de contraste baritado. Na suspeita de perfuração, está contraindicado o uso de bário. A endoscopia é o exame mais utilizado, pois além de diagnóstico é também terapêutico na maioria dos casos. Tratamento conservador pode ser adotado em objetos rombos e com diâmetro <2,5 cm⁵.

REFERÊNCIAS

- Baek SK, Bae OS, Hwang I. Perforated appendicitis caused by foreign body ingestion. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* 2012 Apr;22(2):e94-7. doi: 10.1097/SLE.0b013e318244ef88.
- Ingestão de corpo estranho. Acesso em: Agosto 2013. Disponível em: http://cirurgiadigestiva.fmrp.usp.br/index.php?option=com_content&view=article&id=110&Itemid=61.
- Martins CBG, Andrade SM. Acidentes com corpo estranho em menores de 15 anos: análise epidemiológica dos atendimentos em pronto-socorro, internações e óbitos. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, Sept. 2008; 124(9):1983-1990.* Doi:10.1590/S0102-311X2008000900004.
- Negel G, Silveira GC, Fornasa Junior LC, Dacorégio T. Corpo estranho no trato digestório superior. *Arq Catarinenses de Med.* 2006; 35(3) 27-28.
- Poynter BA, Hunter JJ, Coverdale JH, Kempinsky CA. Hard to swallow: a systematic review of deliberate foreign body ingestion. *Gen Hosp Psychiatry.* 2011 Sep-Oct;33(5):518-24. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2011.06.011.
- Saiote J, Duarte P, Bentes T. Corpo estranho no bulbo duodenal. *J Port Gastroenterol.* 2010;17(4):180-1.
- Werneck GL, Hasselmann MH, Phebo LB, Vieira DE, Gomes VLO. Tentativas de suicídio em um hospital geral no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(10):2201-2206.* Doi: 10.1590/S0102-311X2006001000026