

PERGUNTAS E RESPOSTAS

A ingestão de pilha de botão geralmente apresenta sintomas claros.

Falso: As crianças podem apresentar dificuldades respiratórias, desconforto gastrointestinal ou sensação geral de mal-estar.

A maioria das ingestões de pilha de botão apresenta poucas complicações.

Verdadeiro: Dados dos EUA indicam que apenas 2,8% das ingestões de pilhas de botão sofrem complicações moderadas, complicações graves ou morte. Aqueles em maior risco de complicações são crianças menores de 6 anos e aquelas que ingeriram uma pilha de botão com diâmetro maior que 20 mm.

Uma criança estável com evidência radiológica de pilha de botão no esôfago pode ser mantida em jejum por 6 horas antes da endoscopia para prevenir a aspiração de material cáustico.

Falso: Na impactação esofágica, uma fístula vascular-esofágica pode se formar rapidamente. A criança pode estar bem imediatamente antes de apresentar hematemese e uma hemorragia grave. Nesses casos, o objetivo é remover a pilha de botão endoscopicamente dentro de 2 horas.

Se uma criança estável se apresentar com histórico de ingestão de pilha de botão, a localização da pilha com imagem é imediatamente garantida.

Verdadeiro: Isso determinará se a pilha de botão precisa ser removida imediatamente ou se a criança pode ser monitorada.

É difícil diferenciar radiologicamente entre uma moeda e uma pilha de botão.

Verdadeiro: Pilhas de botão podem parecer semelhantes a moedas nas radiografias; achados radiológicos discerníveis são a presença de um 'halo' ou 'anel duplo' em uma vista pósterio-anterior (alta especificidade, mas baixa sensibilidade, pois nem todas as pilhas de botão mostram essa característica) ou aparência de 'degrau' em vista lateral.

Se uma pilha de botão está no estômago, o risco de complicações é baixo.

Verdadeiro: Uma radiografia repetida pode ser realizada em 2 dias em crianças assintomáticas para garantir a passagem ao longo do trato GI. A remoção endoscópica pode raramente ser necessária se não houver progressão.

Lesão esofágica associada à ingestão de álcalis tem um prognóstico pior do que ingestão de ácido.

Verdadeiro: Álcalis produzem uma necrose de liquefação que penetra através das camadas do tecido, enquanto ácidos produzem uma necrose de coagulação que cria uma barreira limitando a penetração adicional.

Uma pilha de botão ficou sem carga quando não é mais capaz de alimentar um dispositivo e, portanto, não pode causar lesão.

Falso: Pilhas "mortas" ainda podem reter voltagem residual que pode produzir íons hidróxido.

Doses de mel ou sucralfato devem ser administradas antes da endoscopia para proteger o esôfago friável de lesão iatrogênica.

Falso: A remoção endoscópica é o manejo definitivo de uma pilha de botão impactada e nunca deve ser atrasada. No entanto, mel e sucralfato são apropriados para mitigar lesões químicas (não iatrogênicas) enquanto isso está sendo arranjado.

Íons hidróxido são produzidos no ânodo quando uma pilha de botão está em contato com a mucosa.

Verdadeiro: Este é o local da lesão tecidual mais grave.

A inserção de uma sonda nasogástrica para aspirar o conteúdo gástrico em preparação para a indução de sequência rápida é prudente em crianças apresentando ingestão de pilha de botão.

Falso: Isso deve ser feito apenas pelo endoscopista sob visualização direta. Traumas adicionais ao esôfago com a inserção cega de uma sonda nasogástrica podem provocar uma hemorragia grave, mediastinite ou lesão pulmonar.

Uma pilha de botão no estômago não necessariamente requer intervenção endoscópica.

Verdadeiro: No entanto, uma pilha de botão pode se alojar temporariamente no esôfago causando lesões graves - a endoscopia é indicada se as crianças estiverem sintomáticas.

Após a endoscopia para ingestão de pilha de botão, esteroides são indicados para reduzir a inflamação nos locais lesionados e prevenir a formação de estenoses.

Falso: Esteroides podem ser indicados apenas no contexto de mediastinite.

A irrigação do esôfago com ácido acético 0,25% durante a endoscopia pode neutralizar íons OH- residuais.

Verdadeiro: Isso pode ser feito pelo endoscopista se não houver sinais de perfuração.

Pilhas de botão ingeridas frequentemente se impactam no piloro.

Falso: Embora isso seja possível, os pontos de impactação, uma vez além do esôfago, a maioria das pilhas ingeridas passa espontaneamente e a intervenção raramente é necessária.

O mel é uma medida útil no manejo da ingestão de pilha de botão em todos os pacientes pediátricos.

Falso: Esta recomendação é para crianças com mais de 1 ano de idade devido ao risco de que esporos de clostridium botulinum no mel possam colonizar o intestino do lactente e produzir toxinas levando ao botulismo infantil.

A paralisia das cordas vocais é uma complicação conhecida da ingestão de pilha de botão.

Verdadeiro: Embora rara, a paralisia unilateral e bilateral das cordas vocais foi relatada juntamente com complicações como espondilodiscite e osteomielite vertebral.

Tomografias computadorizadas são garantidas para identificar complicações e planejar o manejo apropriado para apresentações tardias.

Verdadeiro: Tomografias computadorizadas podem ser completamente apropriadas. No entanto, ressonâncias magnéticas (RM) nunca devem ser realizadas em pacientes com uma pilha de botão retida.

Ainda há risco de hemorragia grave após a remoção de uma pilha de botão.

Verdadeiro: Hemorragias fatais por fístula aorto-esofágica podem ocorrer mesmo após a remoção da pilha.

Uma criança de 3 anos apresenta irritabilidade e é encontrada com evidência radiográfica de uma pilha de botão no estômago. Ele requer monitoramento de admissão com imagem no dia seguinte para garantir a passagem da pilha de botão pelo trato GI.

Falso: Esta situação é perigosa e justifica imagem por tomografia computadorizada, comunicação com um centro apropriado e avaliação endoscópica urgente. A irritabilidade pode ser devido a danos que ocorreram no esôfago antes da passagem da pilha de botão para o estômago. Uma criança sintomática, bem como uma com duração desconhecida desde a ingestão, deve ser abordada com um alto índice de suspeita.

-