

Suspeite de ingestão de pilha nessas situações

"Moeda ingerida"

Avaliar raio-x AP por duplo aro ou efeito de halo e incidência em perfil

Paciente sintomático sem histórico de ingestão. Considerar se:

- Obstrução de via aérea ou sibilos
- Sialorréia
- Vômito
- Desconforto torácico
- Disfagia, apetite rebaixado, recusa de alimentação
- Tosse, engasgos ao se alimentar ou beber

Ingestão de pilha conhecida ou suspeita

NVO até exclusão de posicionamento esofágico por raio-x

Leva até 5 minutos para determinar o código da pilha (ou diâmetro) pertencente a companhia ou troca de bateria.

Consulte a linha Nacional de Ingestão de Bateria no número 202-625-3333* para assistência com identificação da pilha e tratamento

Paciente ≤ 12 anos

Paciente > 12 anos e pilha > 12 mm

Paciente > 12 anos e pilha ≤ 12 mm

Raio-x imediato para localizar a pilha. Se alojadas no esôfago pode causar queimaduras graves em 2 horas. Pilhas no esôfago podem ser assintomáticas inicialmente. **NÃO ESPERE POR SINTOMAS**

NÃO

Estão *todas* essas presentes?
• Paciente está assintomático e está assim desde a ingestão
• Só foi ingerida uma pilha
• Sem ingestão concomitante de ímã
• ≤ 12mm de diâmetro (determinação deve ser certa)
• Sem doença esofágica pré-existente
• Paciente ou responsável é confiável, mentalmente competente, e concorda em prontamente procurar avaliação se sintomas se desenvolverem

SIM

Cuidados em casa. Dieta normal. Estimular atividade. Confirmar passagem da pilha nas fezes. Considerar raio-x para confirmar a passagem se não for observado em 10-14 dias

Se sintomas aparecerem mais tarde, prontamente reavaliar

Se a pilha estiver no estômago, remova endoscopicamente, mesmo se sintomas não forem tão importantes. Se a bateria estiver além do alcance do endoscópio, remoção cirúrgica reservada para pacientes com sangramento oculto ou visível, dor abdominal severa ou persistente, vômito, sinais de abdome agudo e/ou febre, ou apetite muito reduzido (a menos que esses sintomas não sejam associados à pilha).

Bateria no Esôfago?

SIM

NÃO (pilha no estômago ou além dele)

Houve co-ingestão de ímã?

SIM

NÃO

Apresenta sinais relacionados ou sintomas presentes?

NÃO

SIM

Pilha ≥ 15mm ingerida por criança < 6 anos

SIM

Raio-x 4 dias após a ingestão (ou mais cedo se sintomas aparecerem). Se ainda estiver no estômago, remover por via endoscópica (mesmo se assintomático)

NÃO

Imediatamente remova a pilha alojada no esôfago. Queimaduras sérias podem ocorrer em 2 horas. Faça de maneira imediata, independentemente do paciente ter comido ou não. Preferir remoção via endoscópica (ao invés de cateter com balão, ou ímã acoplado no tubo) para visualização direta da lesão tecidual. Inspeção mucosa por lesão extensa e profunda do tecido. Note a posição da pilha e direção da face do polo negativo. Se não houver evidência endoscópica de perfuração, irrigue a área lesada do esôfago com 50-150mL 0.25% de ácido acético estéril para neutralizar resíduos alcalinos

Após a remoção, se lesão da mucosa estava presente, observe e antecipe complicações tardias: fistula traqueoesofágica, perfuração esofágica, paralisia de cordas vocais, estenose de traquéia ou traqueomalácia, pneumonia aspirativa, empiema, abscesso pulmonar, pneumotórax, espondilodiscite, ou exsanguinação de uma perfuração para um grande vaso

Antecipe complicações específicas baseado no local da lesão, posição da pilha e orientação (polo negativo). Determine período de observação, duração do descanso esofágico, necessidade de exames de imagem ou endoscopia/broncoscopia baseado na severidade e localização da lesão. Interne e monitore pacientes em risco de perfuração em vasos com exames de imagem seriados e exame de fezes pelo método guaiaco. Intervenha precocemente para prevenir fatalidade. Monitore por sintomas respiratórios, principalmente os relacionados à ato de engolir, para diagnosticar fistulas TE precocemente. Espere por perfurações e fistulas até 28 dias depois da remoção da pilha, e estenose esofágica de semanas a meses

DICAS, ARMADILHAS E INFORMAÇÕES

- 3 "N's": Negativo - Narrow (do inglês: estreito) - Necrótico. O polo negativo, identificado como o mais estreito no raio-x de perfil, causa lesão necrótica, que é a mais severa. O polo negativo é o lado oposto ao "+" e não apresenta impressão.
- Pilhas botão de Lítio com 20mm é o tipo mais comum envolvido com lesões esofágicas; pilhas menores se alojam menos frequentemente mas ainda podem causar lesões graves e levar à morte
- A determinação definitiva do diâmetro da pilha antes da passagem é improvável em pelo menos 40% das ingestões
- Suponha que pilhas de Próteses Auditivas tem < 12mm
- A ingestão de uma Prótese Auditiva deve ser tratada como ingestão de pilha botão menor do que 12 mm
- Não induzir vômito ou administrar catárticos. Ambos são ineficazes.
- Pesquisa de mercúrio no sangue ou urina ou outros componentes da pilha é desnecessário.

NOTAS:

NVO. Anestesia pode ser necessária para remoção.

Raio-x de abdômen, esôfago e pescoço. Pilhas acima do alcance do raio-x têm passado despercebidas. Se a pilha está no esôfago, obtenha AP e Perfil para se determinar a orientação do polo negativo. Se a ingestão é suspeitada e não há sinal de pilha na radiografia, verifique orelhas e nariz.

Se o diâmetro da pilha é desconhecido, estime o valor pelo raio-x, desconsiderando a magnificação na radiografia (que tende a superestimar o diâmetro)