

MeB – Pagine Elettroniche

Volume VIII

Settembre 2005

numero 7

CASO CLINICO INTERATTIVO

Una disfagia per i cibi solidi in un ragazzo di 12 anni

Laura Travan, Patrizia Salierno, Stefano Martellosi

*Unità Operativa di Gastroenterologia Pediatrica Clinica
Pediatrica, IRCCS Burlo Garofolo, Trieste*

Indirizzo per corrispondenza: martellosi@burlo.trieste.it

1 | 2 | 3 | 4

Noi abbiamo pensato che si potesse trattare di esofagite eosinofila.

Vediamo gli elementi a favore e contro questa ipotesi, rispetto anche alle altre diagnosi:

Le prime tre ipotesi sono ragionevolmente escludibili alla luce sia del referto del transito esofageo (che non ha evidenziato alcuna immagine di plus né chiare compressioni ab estrinseco), che di alcuni elementi semeiologici.

- Nel caso del diverticolo esofageo, se questo è cervicale, può essere apprezzata a volte una tumefazione nella regione laterale del collo; inoltre, oltre alla disfagia, è presente il rigurgito abituale del cibo che è ristagnato nel diverticolo.
- Per quanto riguarda la cosiddetta “disfagia lusoria”, questa è dovuta alla compressione dell’esofago dall’esterno per la presenza di una succlavia sinistra retroesofagea. Essendo questa una malformazione congenita, la sintomatologia tende a manifestarsi precocemente con sintomi non episodici; l’immagine radiologica è tipica (impronta del vaso sull’esofago).
- La massa mediastinica era escludibile in quanto non vi erano segni di compressione ab estrinseco, ed anche per la lunga durata della sintomatologia.
- L’acalasia era un’ipotesi ragionevole su base anamnestica (inizia con disfagia per i solidi, i sintomi sono ingravescenti, può esordire a qualsiasi età pediatrica), ma la radiologia eseguita non ha mostrato la dilatazione dell’esofago, i residui di ab-ingestis e la tipica coda di topo (che può essere tuttavia anche tardiva) o la stasi del bario a livello cardiale.
- La patologia neurologica si può escludere considerando la durata della sintomatologia (2 aa), l’assenza di altri sintomi di ipertensione endocranica e le caratteristiche del vomito (solo dopo ingestione di cibo, presente circa una volta ogni due mesi).
- Anche un vomito abituale/comportamentale è poco probabile in base all’anamnesi (disfagia) e comunque la radiologia “patologica” lo esclude completamente.

Restano quindi da considerare le ultime due ipotesi:

- I sintomi e l’anamnesi sono più tipici dell’esofagite eosinofila (EE). La presenza della disfagia per i solidi e di “food impact” (vedi episodio dell’anguria) in un bambino con storia di broncospasmo ed asma da sforzo, è fortemente indicativo per un’EE. Inoltre il reperto di difetto di cleaning al transito esofageo è tipico di questa patologia.
- La diagnosi differenziale più difficile è quella con la malattia da reflusso gastroesofageo. Nel caso di Alessio non avevamo il criterio del fallimento della terapia ex adjuvantibus con antiacidi (inibitori della pompa protonica o anti H2). Tuttavia a sfavore di questa ipotesi vi è l’assenza di piroso retrosternale, di scialorrea e sintomi notturni. Peraltro un’esofagite da reflusso non era escludibile e andava indagata.

LA DIAGNOSI Quale/i sono gli esami da richiedere per la diagnosi corretta?

- indagini bioumorali
- prick test
- RAST
- un esofagogastrosopia
- la manometria esofagea
- Tutte le precedenti