

Una bambina con tosse, disfagia e scialorrea

Fortunato Pannuti, Luciano de Seta

Unità Operativa Complessa di Pediatria e Patologia Neonatale, Centro di Broncopneumologia e Allergologia
Ospedale S. Paolo, Napoli

Abstract

A child with cough, dysphagia and sialorrhea

A 17 month old child with fever, vomiting and hypotonia. During hospitalisation her general conditions after a brief improvement underwent rapid deterioration for the presence of respiratory insufficiency with difficult inspiration. After specific therapy her symptoms receded but there was still difficulty in swallowing. After three days of dysphagia, sialorrhea appeared. Suspecting a foreign body in larynx she underwent a laryngoscopy with the removal of a small piece of ham fat. For a few days she seemed better but then an expiratory dyspnea appeared with bronchospasm. Expiratory dyspnea receded after inhaled beta2-adrenergic agonist and oral steroids, but with the persistency of sialorrhea and dysphagia. An esophagogastroscopy pointed out the presence of a small plastic arrow in the first part of the esophagus. The conclusion was: "inhaled foreign body in the esophagus with reactive laryngotracheitis and bronchitis".

Quaderni acp 2004; 11(6): 270-271 and 279

Key words Sialorrhea. Dysphagia. Foreign body. Esophagogastroscopy. Respiratory distress.

È descritto il caso di una bambina di 17 mesi che ha presentato febbre, vomito, ipotonia. Durante il ricovero le condizioni generali sono migliorate ma successivamente peggiorate per la comparsa di una insufficienza respiratoria di tipo inspiratorio con tirage. Dopo opportuna terapia la sintomatologia è regredita, ma la bambina continuava a non alimentarsi per una difficoltà della deglutizione. Al terzo giorno alla disfagia si è associata una scialorrea. Nel sospetto di un corpo estraneo laringeo è stata praticata laringoscopia con rimozione di un piccolo frammento alimentare (grasso di prosciutto). Per un paio di giorni la sintomatologia è sembrata migliorare allorché è comparsa una dispnea espiratoria con il reperto obiettivo di bronco-stenosi. Dopo terapia con beta2-stimolanti per via inalatoria e cortisonici per via generale, la dispnea espiratoria si è risolta; nel frattempo sono rimaste immutate la disfagia e la scialorrea. Per questo è stata praticata esofagogastroscopia che ha evidenziato la presenza di una piccola freccetta di plastica nella parte alta dell'esofago. Si è così concluso per "inalazione di corpo estraneo in esofago con laringotracheo-bronchite reattiva".

Parole chiave Scialorrea. Disfagia. Corpo estraneo esofageo. Esofagogastroscopia. Distress respiratorio

La storia

Ilaria, 17 mesi, è nata da parto spontaneo e ha avuto normale evoluzione dei fenomeni neonatali. È stata vaccinata secondo calendario. Ha sofferto di frequenti episodi d'infezione delle prime vie aeree. Un ricovero all'età di 6 mesi per sincope febbrile.

Da circa 8 giorni presenta modica tosse e marcata infiammazione delle prime vie aeree.

È apirettica e da 3 giorni pratica terapia con cortisonico inalatorio e antibiotico orale. Giunge in PS perché, dopo un episodio di vomito alimentare misto ad abbondante muco, ha presentato pallore e ipotonia.

Il decorso

All'ingresso: peso 8,700 kg (5° percentile); lunghezza 78 cm (25° percentile); PA: 5° percentile. Aspetto sofferente, idratazione normale, colorito pallido, pianto lamentoso e continuo, ipotonia generalizzata, scarsa reattività agli stimoli, nuca libera. Dalla bocca e dal naso fuoriesce abbondante muco perlaceo e sono presenti modica tosse di tipo produttivo, polidispnea con alitamento delle pinne nasali e rientramenti sottocostali. Al torace si apprezzano rantoli a piccole e medie bolle, più marcati in medio basale dx. Temperatura di 37,6 °C. Frequenza respiratoria 52/min. SaO₂: 93%.

Frequenza cardiaca 110/m. Toni cardiaci puri e ritmici. L'addome è trattabile con organi ipocondriaci nei limiti. Rx torace negativo; esami urine, azotemia, glicemia, creatininemia, transaminasi, elettroliti: tutti nella norma. VES: 69 mm/ora. PCR: 12,10 (v.n. 0,5-1 mg%). Emocromocitometria: GR 3.860.000, GB 18.200. Formula: L 15, N 79, Piastrine 380.000/mmc. Equilibrio acido/base (arterioso): pH 7,43; PO₂ 67,9; PCO₂ 28,3; BE -3,6.

Riassumendo: bambina di 17 mesi molto sofferente con un'insufficienza respiratoria di modico grado, associata a torpore e ipotonia.

Dopo qualche ora dal ricovero la temperatura si eleva (38,8°C), le condizioni peggiorano, il torpore e l'ipotonia si accentuano. Ilaria è sonnolenta e poco reattiva agli stimoli. Nel sospetto di una sindrome meningoencefalitica vengono eseguiti un EEG, una TAC del cranio e una rachicentesi: esami tutti nella norma. Si dà inizio a terapia infusione con glucosio ed elettroliti e a terapia con ceftriaxone endovena (50 mg/kg). O₂ umidificato con FiO₂ 0,4% con maschera di Venturi.

In seconda giornata la bambina appare ancora sonnolenta, ipotonica, scarsamente reattiva agli stimoli dolorosi e verbali. Persiste tosse di tipo produttivo. Si tenta di rialimentare la bambina con piccole quantità di latte e carne omogeneizzata; si osservano una notevole difficoltà alla deglutizione e la comparsa di scialorrea.

In terza giornata, durante la notte, presenta improvvisamente polidispnea, tosse metallica e poi abbaiente, con stridore e tirage inspiratorio, a tratti agitazione ed emissione di abbondanti secrezioni dal naso e dalla bocca. La scialorrea persiste invariata e compare modesta desaturazione (92%), per cui le viene somministrato O₂ riscaldato e umidificato (FiO₂ 0,4) e aerosol con adrenalina e cortisone endovena. Dopo qualche ora la sintomatologia comincia a regredire e nei due giorni successivi Ilaria migliora, la tosse scompare e il reperto obiettivo respiratorio si normalizza. La piccola appare vigile e partecipa, riesce anche ad assumere piccole quantità di latte. Persiste inva-

Per corrispondenza:

Fortunato Pannuti

e-mail: fortunatopannuti@virgilio.it

il caso che insegna

riata la scialorrea. Sia a causa di questa sia per il persistere della difficoltà di deglutizione, nel sospetto di un corpo estraneo laringeo la bambina è visitata dal collega otorinolaringoiatra. Alla laringoscopia diretta si evidenzia a livello della cricoide un piccolo frammento di materiale alimentare (prosciutto) che viene rimosso. Dopo la rimozione del corpo estraneo laringeo la situazione respiratoria migliora; persistono, anche se notevolmente ridotte, la disfagia e la scialorrea. Il giorno seguente ricompare una sintomatologia respiratoria, caratterizzata da polidispnea, tosse e un reperto obiettivo di broncostenosi. La persistenza della scialorrea e della difficoltà di deglutizione, anche dopo la rimozione del piccolo frammento di residuo alimentare in laringe, induce a pensare a un'ostruzione a livello esofageo. Per questo viene praticata una esofagogastrosopia. L'esaminatore ha notevole difficoltà ad entrare con l'esofagogastroscoPIO per la presenza di uno spasmo intenso del primo tratto esofageo. Riesce, infine, a rilevare nella parte prossimale dell'esofago la presenza di una freccetta di plastica con ventosa, di lunghezza di circa 5 cm, che viene asportata. Nell'arco di 48 ore il quadro clinico si normalizza: la piccola riprende a mangiare anche cibi solidi senza difficoltà e la sintomatologia respiratoria regredisce.

La diagnosi

Il caso di Ilaria presenta alcuni spunti di non facile diagnostica differenziale.

- E La prima e più importante diagnosi che era urgente escludere, considerata la presenza di torpore, disfagia e poi anche scialorrea, era un *botulismo* infantile alimentare. Depongono contro, oltre all'elemento anamnestico dell'assunzione di alimenti freschi non pastorizzati quali il miele fresco, l'assenza di una grave e ingravescente ipotonia, la presenza di febbre e l'assenza di crisi di apnea ostruttive, nonché l'evoluzione non drammatica della sintomatologia. La ricerca negativa della tossina botulinica nel siero permise con certezza di escluderla.
- E Il sospetto di *epiglottite* da *Haemophilus influenzae* tipo B, da considerare per la compromissione dello stato generale e la presenza di scialorrea, oltre che essere improbabile per la comparsa solo dopo 48 ore della sintomatologia di ostruzione laringea e per la rapida e

drammatica evoluzione di questa malattia, ha potuto essere agevolmente esclusa perché la bimba era stata regolarmente vaccinata contro l'HiB.

- E Una sia pur rara *laringotracheobronchite batterica* poteva essere esclusa sia per il decorso sia per il fatto che la disfagia, la scialorrea e l'iperproduzione di muco si mantennero invariate anche dopo la pronta terapia antibiotica con una cefalosporina di terza generazione a dosaggio appropriato.
- E Rimaneva da pensare a un'ostruzione laringea e/o esofagea che potessero dar conto del persistere della disfagia, della scialorrea e del distress respiratorio. Per il persistere della disfagia con scialorrea anche dopo la rimozione del piccolo frammento alimentare in sede laringea, si è pensato a un corpo estraneo in esofago ed è stata praticata l'esofagogastroduodenoscopia.

La diagnosi definitiva è stata, pertanto, di "corpo estraneo (piccola freccetta di plastica) in esofago con conseguente laringotracheobronchite reattiva".

Commento

Il quadro clinico presentato dalla bambina è dominato da:

1. un processo respiratorio acuto con insufficienza respiratoria di grado moderato, associato a un torpore, quasi sonnolenza e ipotonia, che hanno indotto a pensare a una sindrome meningoencefalitica, peraltro subito esclusa dalla negatività della TAC cerebrale e della rachicentesi;
2. tosse insistente e fastidiosa con produzione ed emissione di muco biancastro dalle narici e dalla bocca;
3. comparsa di scialorrea con difficoltà alla deglutizione anche di alimenti semiliquidi come l'omogeneizzato di carne o liquidi come il latte;
4. l'alternarsi, nel volgere di quattro giorni, di una sintomatologia respiratoria di polmonite, di asma, poi di difficoltà respiratoria alta con tirage inspiratorio e stridore e poi di nuovo di broncostenosi.

Cerchiamo di ragionare sul succedersi degli eventi. Verosimilmente, quando ingoia la freccetta di plastica con ventosa, Ilaria è affetta da una dei suoi frequenti episodi di infezione virale delle alte vie respiratorie. La mamma non si accorge dell'ingestione accidentale della freccetta, e questa si loca-

lizza nella parte più alta dell'esofago, tratto cervicale, inducendo una compressione incostante della trachea retrostante e un'iperproduzione reattiva di muco dalla mucosa esofagea. Questo spiega l'alternarsi di momenti di broncostenosi con quelli di una difficoltà inspiratoria alta con stridore laringeo. Il piccolo frammento di prosciutto trovato nel laringe, anche se molto piccolo, potrebbe da solo spiegare la sintomatologia di stridore e tirage inspiratorio con iperproduzione di muco. Ma non certo la disfagia e soprattutto la scialorrea. Questi sono sintomi di difficoltà della deglutizione da paralisi del faringe e/o del tratto prossimale dell'esofago. La difficoltà respiratoria alta con tirage può essere associata anche all'ingestione di piccoli corpi estranei nella parte alta dell'esofago con conseguente spasmo riflesso, come è riportato in diverse casistiche d'ingestione di corpi estranei (1,2). In una di queste (3), con la raccolta di ben 663 casi dei quali il 77% sotto i 10 anni, la localizzazione più frequente fu a livello del muscolo cricofaringeo. La monetina rappresenta il corpo estraneo più frequentemente ingerito. I sintomi più frequenti sono la scialorrea presente nel 72% dei casi, la disfagia e il vomito. La letteratura riferisce, inoltre, che l'ingestione di corpo estraneo può essere causa di asma nel bambino piccolo e che qualche volta trascorrono anche settimane perché si giunga al sospetto e alla rimozione del corpo estraneo (4). Uno dei meccanismi invocati per spiegare la sintomatologia broncostenotica potrebbe essere quello dell'aspirazione di muco faringo-esofageo che ristagna all'ingresso dell'esofago, inducendo una broncostenosi reattiva. In Ilaria forse si sono sommati gli effetti dell'inalazione del frammento alimentare in laringe e quello dell'ingestione della piccola freccetta.

Che cosa abbiamo imparato

Dal caso e dalla letteratura consultata abbiamo imparato alcune nozioni:

- E che l'ingestione di un corpo estraneo con localizzazione esofagea alta si può accompagnare a sintomi respiratori di tipo inspiratorio e anche a broncostenosi per compressione della trachea e iperproduzione di muco e sua inalazione;
- E che di fronte a un bambino di età inferiore a tre anni con tosse, iperproduzione di muco, disfagia e scialorrea, biso-

continua a pag. 279

Le chiavi di casa di Gianni Amelio e quelle di Marziyeh Mashkini

segue da pag. 245

vere affidato il ruolo di protagonisti a bambini che interpretano quello che vivono. È "Piccoli ladri" dell'iraniana Marziyeh Mashkini, sul quale s'è scritto e discusso troppo poco. Da Berlino a Kabul. Due fratellini di 7 e 9 anni, Gol Ghoti e Zahed, sono rimasti completamente soli nell'inferno di una città martoriata dalla guerra.

Sono cani randagi che vagano dalla prigione dov'è rinchiusa la madre accusata di adulterio a quella del padre, inflessibile talebano che si ostina a non perdonare alla donna che, rimasta sola e senza sue notizie per anni, si è risposata per dare da mangiare ai figli.

I bambini ora raccolgono pezzi di legno nella spazzatura per rivenderli in cambio di pane e, non avendo né chiavi, né casa, si autodichiarano prigionieri di notte e chiedono ospitalità nella cella della madre.

Quando viene negata loro anche questa possibilità, seguendo il consiglio di un trafficante in erba che li spinge a seguire l'esempio del protagonista di "Ladri di biciclette", un film d'arte che a Kabul non piace a nessuno, rubano per finire in prigione, dove almeno potranno ripararsi dal freddo.

Per i bambini neo-neorealisticisti afgani i risultati saranno più amari di quelli ottenuti dall'attacchino di De Sica, perché solo Zahed riuscirà nel suo intento. Il film, infatti, si conclude senza carezze e speranze, con la piccola Gol Ghoti rimasta sola al mondo, mentre implora inutilmente che si aprano pure per lei le porte del carcere.

Anche lei, come Paolo, stanca di un handicap ugualmente riconducibile allo spasmo e all'impossibilità di crescere senza l'aiuto dei genitori, richiede le chiavi di una casa dove vivere, il lasciassero per un tetto sotto il quale dormire, una favilla di calore che faccia diventare di nessuna importanza persino le sbarre di ferro alle finestre. ♦

(1) Confluiti poi ne "Il cinema dell'handicap", Ed. C.C.R., Roma 1997

Stenosi congenita del canale naso-lacrimale: quanto attendere per il sondaggio?

segue da pag. 269

- lascia ai genitori la possibilità di riportare osservazioni
- prevede e individua con i genitori le condizioni in base alle quali rivalutare la decisione assunta

Discussione generale

I genitori di Claudio esprimono una preoccupazione rispetto a una questione su cui vorrebbero andare a fondo (*fino a quando possono aspettare prima di prendere in considerazione l'ipotesi del sondaggio del canale naso-lacrimale?*). La pediatra se ne prende carico e, con una sola buona domanda iniziale (*"che cosa è concretamente quello che vi preoccupa?"*), apre uno spazio di approfondimento rispetto a paure e timori dei genitori, che le riferiscono anche di indicazioni e consigli raccolti da fonti "non ufficiali" (collega, parenti). La pediatra non smentisce nulla, ma, in un clima di interesse comune dove sono assenti la semplice rassicurazione o affermazioni di marca negativa, apre un campo decisionale condiviso (*"su questo sono d'accordo, ne avevamo già parlato...possiamo anticipare..."*).

Nel colloquio successivo restituisce poco alla volta le sue informazioni e indicazioni di carattere medico, calibrandole sulle affermazioni dei genitori e riordinando i vari elementi emersi durante la conversazione (il parere dell'oculista, le conoscenze al momento disponibili, la "vigile attesa", la rivalutazione a distanza), che risulta nell'insieme equilibrata e attenta. La soluzione individuata (solo in presenza di segni e sintomi che depongano per una situazione di grave ostruzione e previa consultazione precoce dello specialista, può essere preso in considerazione il sondaggio del canale naso-lacrimale) viene alla fine accettata consapevolmente dai genitori come la migliore in quel momento per Claudio. ♦

Bibliografia

Frosini R, et al. Oftalmopediatria. Firenze: SEE, 1997
 Young J, et al. Congenital nasolacrimal duct obstruction in the second year of life: a multicentre trial of management Eye 1996;10(Pt 4):485-91
 Trattato di Pediatria. XVI ed 2002
 Young J, et al. Managing congenital lacrimal obstruction in general practice. BMJ 1997;315:293-6

Una bambina con tosse, disfagia e scialorrea

segue da pag. 271

gna pensare all'ingestione di un piccolo corpo estraneo in laringe (5);

E che l'ingestione di un corpo estraneo con localizzazione alta può esordire con una sintomatologia respiratoria acuta sia di stridore laringeo sia di broncostenosi. Solo un'attenta anamnesi e un'attenta disamina dei sintomi possono condurre alla diagnosi che, altrimenti, rischia di essere ritardata anche di settimane (6);

E che la laringoscopia, la broncoscopia e l'EGDS sono il gold standard delle indagini per evidenziare la presenza di un corpo estraneo nelle vie aeree o in quelle digerenti (7). Trattandosi di indagini non poco invasive, in prima battuta potrebbe essere d'aiuto una radiografia del rinofaringe e delle vie aeree superiori in antero-posteriore e in latero-laterale, che secondo alcuni Autori, avrebbe una sensibilità superiore all'80% (8). Infatti, se si evidenzia qualcosa nella porzione anteriore, si tratta di corpo estraneo presente in laringe. Se invece il radiogramma mostra un'immagine anomala dietro l'ombra dei tessuti molli della laringe, si tratta di un corpo estraneo presente nell'ipofaringe o nell'esofago cervicale (9). ♦

Bibliografia

(1) Mahafza T, et al. Esophageal foreign bodies: a Jordani experience. Int J Pediatr Otorhinol 2002; 64:225
 (2) Haegen TW, et al. Chronic inspiratory stridor secondary to a retained penetrating radiolucent esophageal foreign body. J Pediatr Surg 2003;38:126
 (3) Panieri E, et al. The management of ingested foreign bodies in children: a review of 663 cases. Eur J Emerg Med 1995;2:83
 (4) Carluccio F, et al. Inhalation of foreign bodies: epidemiological data and clinical considerations in the light of a statistical review of 92 cases. Acta Otor Ital 1999;17:45
 (5) Reilly JS, et al. Prevention and management of aerodigestive foreign body injuries in child. Ped Clin North Am 1996;43:1403-11
 (6) Persaud RA, et al. Extraluminal migration of a coin in the oesophagus of a child misdiagnosed as asthma. Emerg Med J 2001;18:312
 (7) Uba AF, et al. Management of esophageal foreign bodies in children. East Afr Med J 2002;79:334-8 (abstr. da Meline)
 (8) Walner DL, et al. Utility of radiographs in the evaluation of pediatric upper airway obstruction. Ann Otorhin Laryng 1999; vol.127:453-6
 (9) Sartolome M, et al. Radiology forum: imaging quiz case, diagnosis: unsuspected laryngotracheal foreign body. Arch Otolaryngol 2001;127:453