

Foreign esophageal body – diagnostic dilemmas

Corp străin esofagian – dileme diagnostice

Adina Zamfir-Chiru-Anton¹, Dan-Cristian Gheorghe^{2,3}

¹Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii „Grigore Alexandrescu”, București, România

²Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii „M.S. Curie”, București, România

³Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, București, România

ABSTRACT

The authors presents a clinical case: 1 year and four month old aged patient with an accidental ingestion of sharp foreign body complicated with mediastinitis, the clinical symptoms being masked by association of an upper respiratory tract infection.

Keywords: sharp foreign body, mediastinitis

REZUMAT

Autorii prezintă un caz clinic de ingestie accidentală a unui corp străin esofagian contondent (fragmente de fiolă) care a evoluat spre o complicație severă (mediastinită), cu simptomatologie mitigată de asocierea unei intercurențe respiratorii la un copil de 1 an și 4 luni.

Cuvinte cheie: corp străin esofagian, mediastinită

INTRODUCERE

Corpii străini esofagieni sunt grevați de apariția mai multor complicații posibile: perforații, abcese retrofaringiene, mediastinite, fistule traheo-esofagiene (1). Apariția acestor complicații poate fi marcată de o rată mare de letalitate (peste 50% în cazul mediastinitelor) (2).

S-a demonstrat că durata mare de impactare a corpului străin influențează semnificativ rata de apariție a complicațiilor (1,3).

Apariția complicațiilor de tip perforativ sau imposibilitatea extragerii endoscopice indică extragerea prin esofagotomie/faringotomie, atitudine dictată de topografia impactării corpului străin (4). 10% dintre cazuri au necesitat extragerea chirurgicală, după unii autori (4).

Numeroase cazuri citate în literatura de specialitate confirmă dificultatea extracției dacă durata de impactare a corpului străin depășește 24 de ore (5).

PREZENTARE DE CAZ

Copil în vârstă de 1 an și 4 luni, cunoscut cu ingestie accidentală a unor fragmente de sticlă (spargerea unei fiole în dinți, urmată de deglutiție, profițând de lipsa de atenție a mamei), se internează prin transfer dintr-un alt spital pentru investigații și atitudine terapeutică. Precizăm că de la momentul ingestiei până la momentul investigației endoscopice au trecut aproximativ 50 ore, timp în care pacientul a primit alimente solide, dar și lapte matern.

În momentul prezentării la camera de gardă, copilul avea stare generală bună, era conștient, cooperant, afebril, fără elemente clinice care să sugereze prezența unui corp străin (fără sialoree, fără disfagie sau odinofagie). Avea în schimb o tuse productivă care dura de aproximativ o săptămână și pentru care era în tratament cu antibiotic, antiinflamator, antitusiv, mucolitic, după o schemă de tratament stabilită de către medicul său pediatru.

Corresponding author:

Dr. Adina Zamfir-Chiru-Anton

E-mail: zamfir.adina@yahoo.com

Article History:

Received: 14 November 2018

Accepted: 26 November 2018

Aspectul clinic din momentul prezentării, prin tusea iritativă (care putea sau nu să fie corelată cu o eventuală aspirație), precum și anamneza dificilă (mama cu nivel intelectual precar) au ridicat suspiciunea unei eventuale aspirații a fragmentelor de sticlă și au impus explorarea suplimentară a arborelui traheobronșic prin bronhoscopie rigidă.

S-a decis practicarea intervenției endoscopice sub anestezie generală.

Examenul bronhoscopic a evidențiat secreții mucoase și mucopurulente în cantitate mare, care s-au aspirat, dar fără a decela un corp străin sau alte elemente patologice în teritoriile examinate.

Esofagoscopia rigidă a evidențiat o formațiune granulomatoasă cu bază mare de implantare la nivelul regiunii posterolaterale de partea dreaptă a esofagului toracic, dar fără alte leziuni.

Postintervențional, copilul a primit tratament perfuzabil cu antibiotic cu spectru larg, antiinflamator steroidian, inhibitor de pompă de protoni pentru protecția gastrică. Pentru câteva ore, copilul a prezentat o evoluție favorabilă, după care s-a decompensat brusc, cu stare generală mediocră, somnolență, febră înaltă ($39,8^{\circ}\text{C}$), dispnee și polipnee (semne de insuficiență respiratorie acută).

Analizele recoltate în urgență, mult diferite de cele din momentul internării (care erau cvasinormale), au fost în concordanță cu starea generală alterată a copilului: leucocitoză marcată cu neutrofilie, probe inflamatorii mult crescute, proba ASTRUP care atesta decompensarea respiratorie.

S-a solicitat consult pediatric, care a ridicat suspiciunea unei meningite, dar examenul neurologic a infirma prezența semnelor de iritație meningeală.

S-a efectuat cu dificultate o radiografie pulmonară, la care s-au evidențiat modificări de partea hemitoracelui drept, cu lărgirea mediastinului, ridicând suspiciunea unei afectări mediastinale (mediastin lărgit spre dreapta și diminuarea transparenței pulmonare la nivelul hemitoracelui drept prin revărsat pleural față de examenul precedent). S-a decis practicarea în urgență a computerului tomograf toraco-abdominal.

Protocolul examinării imagistice prin computer tomograf a demonstrat (Figurile 1-3): pneumomediastin și acumulări neomogene cu densități fluide și parafluide mai marcat la nivelul jumătății superioare a mediastinului posterior și mijlociu ce comunică la acest nivel cu cavitatea pleurală dreaptă; revărsat pleural neomogen, cu grosimea de 10 mm posterior, ce conține câteva bule aerice; mic pneumotorax anterior drept; densificări alveolo-interstițiale la nivelul segmentelor apical al lobului inferior drept și posterior al lobului superior drept; fără

revărsat pericardic; cord fără modificări de volum; fără modificări de structură osoasă la nivelul segmentelor scanate. În concluzie: aspectul a fost sugestiv pentru mediastinită acută prin perforație esofagiană care comunica cu cavitatea pleurală dreaptă.

S-a trasferat de urgență copilul pe secția de terapie intensivă, unde a fost monitorizat, pus în repaus digestiv prin sondă nazogastrică și s-a stabilit o schemă de tratament cu antibiotice cu spectru larg care să acopere și bacteriile anaerobe (meronem, amikacină și metronidazol), inhibitor de pompă de protoni, antiinflamator nesteroidian.

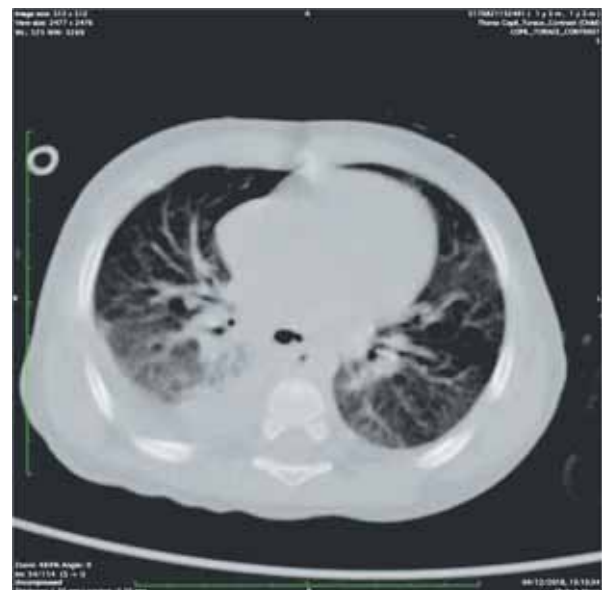


FIGURA 1 și FIGURA 2. Acumulări neomogene cu densități fluide și parafluide mai marcat la nivelul jumătății superioare a mediastinului posterior



FIGURA 3. Mic pneumotorax anterior drept

În evoluția din acest moment, am remarcat: clinic, tumefacția regiunii laterocervicale drepte, efort de respirație, creșterea revărsatului pleural – aspect confirmat ecografic prin mărirea lamei de lichid pleural de la 10 mm la 30 mm.

Consultul chirurgical a impus toracosopia exploratorie dreaptă. La nivelul cavității pleurale drepte s-a pus în evidență lichid purulent în cantitate mare (s-au trimis probe pentru biochimie, celularitate, culturi și antibiogramă). Plămânul drept prezenta multiple aderențe pleuropulmonare în special la nivelul lobului superior și posteromedial. S-a practicat liza aderențelor, s-a evacuat lichid purulent în cantitate mare și s-a pus în evidență un abces la nivelul mediastinului posterior și medial, care s-a drenat, concomitent cu decorticarea pleurală și lavaj. Postoperator, evoluția a fost favorabilă sub protecția antibiotică.

DISCUȚII

Temporizarea prezentării la spital a fost un factor decisiv în evoluția spre complicația mediastina-

lă, coroborată cu continuarea alimentației solide, care a putut duce la impactarea la nivelul peretelui esofagian a restului de sticlă.

Evidențierea la examenul endoscopic esofagian a granulomului în regiunea posteromedială dreaptă a fost probabil expresia impactării (inițiale) cu declanșarea secundară a unei reacții inflamatorii care a precedat efracția ciobului în mediastin. Continuarea alimentației orale – atât lichide cât și solide – a permis pătrunderea în mediastin a unor fragmente din bolul alimentar, determinând constituirea unui abces care a cloazonat (dovada punților de fibrină). Aceste aspecte (granulomul și organizarea abcesului prin punți fibrinoase) sunt foarte importante, întrucât exclud varianta unei eventuale perforații acute iatrogene.

Suspiciunea de la început a unei complicații a fost îngreunată de elementele clinice ale afecțiunii respiratorii cu tuse, discretă insuficiență respiratorie, dar și de administrarea unui tratament ambulator cu antibiotic cu spectru larg, antialgic, antitusiv, tratament care a mascat simptomatologia și a prevenit decompensarea brutală de la debut.

CONCLUZII

Corpii străini anfractuoși reprezintă o urgență maximă din cauza potențialului mare de penetrare și migrare și trebuie explorați în primele 24 ore (cât mai rapid) pentru a preveni sau depista din timp apariția complicațiilor.

Considerăm că, în cazul pacienților cu corpi străini transparenti, greu de vizualizat atât imagistic, cât și in vivo, contondenți, cu potențial mare de penetrare și migrare, determinând distrucții tisulare directe și indirecte prin pătrunderea la nivelul breșei a fluidelor biologice (suc gastric, intestinal) sau alimentare, trebuie intervenit de la bun început ca având complicații, cu monitorizarea prin internare a pacientului, examinarea imagistică și urmărirea probelor biologice (formula leucocitară, markeri de inflamație) în dinamică, alături de punerea în repaus a tubului digestiv.

Conflict of interest: none declared
Financial support: none declared

BIBLIOGRAFIE

- Loh KS et al. Complications of foreign bodies in the esophagus. *Otolaryngol Head Neck Surg*, 2000. 123(5): p. 613-6.
- Balasubramaniam SK et al. A review of the current management of impacted foreign bodies in the oesophagus in adults. *Eur Arch Otorhinolaryngol*, 2008. 265(8): p. 951-6.
- von Rahden BH et al. Cervical esophageal perforation with severe mediastinitis due to an impacted dental prosthesis. *Dis Esophagus*, 2002. 15(4): p. 340-4.
- Orji FT, JO Akpoh, and NE Okolugbo. Management of esophageal foreign bodies: experience in a developing country. *World J Surg*, 2012. 36(5): p. 1083-8.
- Chen T et al. Endoscopic management of impacted esophageal foreign bodies. *Dis Esophagus*, 2013. 26(8): p. 799-806.