

Un'allergia "indigesta"

Conduttore: Alessandra Grezzani

PRESENTAZIONE

Antonio, 16 anni, seguito dal nostro centro di allergologia per asma e allergia agli inalanti, accede al PS per difficoltà respiratoria con senso di ostruzione "alta" dopo aver cenato. L'ossimetria transcutanea è 97%, non polipnea o rientramenti toracici, al torace ingresso aereo buono, non rumori patologici, esame obiettivo generale nei limiti. Tuttavia, per importante dispnea soggettiva esegue aerosol con budesonide e viene somministrato prednisone per os, con miglioramento della sintomatologia. Viene quindi rinvio a domicilio con diagnosi di sospetto angioedema. Dopo 2 gg si ripresenta la medesima sintomatologia acuta, sempre dopo aver mangiato, e Antonio rivela che da una settimana circa ha difficoltà ingravescenti nella deglutizione e si alimenta prevalentemente con cibi liquidi o morbidi. Lo stato nutrizionale è buono ma è calato 2 kg (3% del peso) in una settimana. Pertanto si ricovera per procedere con ulteriori accertamenti. Al momento dell'accoglimento viene somministrato nuovamente prednisone con miglioramento. Esegue esami ematochimici che rivelano: emocromo e profilo biochimico nella norma, non aumento degli indici di flogosi.

Antonio assume terapia con cetirizina durante la stagione primaverile, da anni non presenta attacchi d'asma. I prick test effettuati in passato hanno rivelato allergia a inalanti (graminacee, alternaria, epitelio gatto, noce, nocciola e acari) ma non agli alimenti.

Da un approfondimento anamnestico emerge che Antonio è già stato ricoverato 6 anni fa per eseguire un EGDS operativa per rimozione di corpo estraneo in esofago (nocciolo di ciliegia).

L'episodio era avvenuto sempre nella stagione primaverile. In tale occasione l'endoscopista aveva visualizzato una stenosi in corrispondenza dell'ostacolo, che non era stata confermata ad un successivo controllo radiologico. Non erano state eseguite biopsie, in quanto l'esame era

stato condotto in regime di urgenza. Da allora, Antonio riferisce che alcuni alimenti gli provocano un senso di “chiusura in gola” (per es. kiwi); inoltre, indipendentemente dall'alimento è sempre presente un transito rallentato del bolo in esofago con a volte ostacolo alla deglutizione.

Tuttavia, essendo la disfagia non particolarmente disturbante, non avendo mai presentato una sintomatologia riferibile a reflusso gastro-esofageo o dolore epigastrico, Antonio non si era mai rivolto ad uno specialista gastroenterologo.

Quindi, data la clinica, l'anamnesi positiva per allergia ed il pregresso episodio di corpo estraneo esofageo, programiamo un'endoscopia diagnostica nel sospetto di esofagite eosinofila.

L'esame endoscopico rivela: esofago con fini anelli concentrici in quasi tutta la sua lunghezza con tendenza a fissurazioni longitudinali.

Cardias in sede, continente, cavità gastrica con pliche plastiche contenente liquido biliare. Piloro, bulbo e seconda porzione duodenale regolari.

Si eseguono biopsie. Quadro endoscopico suggestivo per esofagite eosinofila.

L'esame istologico rivela iperplasia dello strato basale e numerosi granulociti eosinofili intraepiteliali in accordo con il sospetto clinico-endoscopico di esofagite eosinofila.

Antonio, data l'importante disfagia, viene inizialmente messo in terapia con prednisone per alleviare rapidamente il sintomo, successivamente si somministrano puff di fluticasone deglutito che proseguirà per un totale di 8 settimane.

Il miglioramento è stato lento e graduale ma a tutt'oggi, dopo 40 gg dall'inizio della terapia, Antonio è in benessere e riesce ad alimentarsi anche con i cibi solidi.

DISCUSSIONE

L'esofagite eosinofila (EoE) è una malattia cronica dell'esofago caratterizzata clinicamente da sintomi dovuti alla disfunzione esofagea e istologicamente da una severa infiltrazione eosinofila dell'esofago.

La patogenesi non è chiara, sono tuttavia chiamati in causa diversi meccanismi che suggeriscono una disregolazione immunologica.

Dal 50-80% dei casi i pazienti presentano una storia familiare o personale positiva per allergia. Per effettuare la diagnosi sono necessari criteri clinici, endoscopici ed istologici. In un terzo dei casi, l'endoscopia può risultare negativa, per cui è mandatorio effettuare sempre le biopsie che devono essere almeno 5 e comprendere le tre porzioni dell'esofago.

La presentazione tipica è quella di una MRGE che non risponde alla terapia con IPP; nei bambini più grandi e negli adulti possono essere presenti sintomi caratteristici quali la disfagia e l'impatto del bolo in esofago, come è accaduto al nostro paziente.

Prima dell'endoscopia, può essere utile effettuare un ciclo di IPP, o approfondimento mediante pHmetria, dal momento che anche la MRGE può causare ipereosinofilia esofagea.

Nel nostro caso, la terapia con IPP non era mai stata effettuata poiché Antonio non aveva mai presentato sintomi riconducibili a RGE.

Data la presentazione clinica caratteristica con sintomi invalidanti e la storia personale positiva per allergia, si è ritenuto di procedere subito con l'esame endoscopico.

La terapia dell'EoE si avvale sostanzialmente di steroidi topici e dieta; quest'ultima può essere stabilita sulla base del risultato dei test allergologici, eliminando gli alimenti in causa, oppure, nel caso di pazienti con poliallergia alimentare (>10 alimenti) o test negativi, si effettua una dieta elementare o la cosiddetta SFED (six food elimination diet) che prevede l'eliminazione dei 6 alimenti che più spesso causano allergia alimentare (latte, uovo, soia, grano, pesce, frutta secca).

Nel caso dei pazienti con test alimentari negativi e positività per aeroallergeni non è strettamente indicato l'intervento dietetico.

Pertanto, nel nostro caso, abbiamo preferito iniziare con la terapia steroidea mantenendo uno stretto follow-up clinico.

TAKE HOME MESSAGE

Antonio è un paziente allergico che da almeno 6 anni presenta sintomi riconducibili a disfunzione esofagea, di entità variabile e correlati con la stagione primaverile. In una prima endoscopia effettuata per food impaction l'esofago era macroscopicamente normale anche se veniva evidenziata una sospetta stenosi (anello esofageo?). La mancata esecuzione delle biopsie non ci permette di dire con certezza se l'EoE era già presente ma la storia clinica successiva lo rende probabile.

Pertanto, nei casi di food impaction che richiedano rimozione endoscopica, in assenza di altre patologie o malformazioni, è consigliabile effettuare sempre le biopsie dell'esofago anche in casi di aspetto normale della mucosa.

AUTORI

CONDUTTORE DEL CASO

Dott.ssa Alessandra Grezzani

U.O.C. di Pediatria e Patologia Neonatale
Ospedale Fracastoro, San Bonifacio (VR)

ESPERTI CONSULTATO

Dott. Mauro Cinquetti

Direttore U.O.C. di Pediatria e Patologia Neonatale
Ospedale Fracastoro, San Bonifacio (VR)

Dott. Ephrem Ntakirutimana

U.O. Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva
Ospedale Fracastoro, San Bonifacio (VR)

Dott.ssa Daniela Dalfior

U.O. Anatomia Patologica
Ospedale Fracastoro, San Bonifacio (VR)

Con la collaborazione della Regione SIGENP Trentino Alto Adige