

# INGESTIONE DI CORPO ESTRANEO

## Cosa è?

**L'ingestione di corpi estranei è un problema pediatrico frequente ed è una delle cause più frequenti di accesso al Pronto Soccorso. Il picco di incidenza si verifica tra i 6 mesi e i 3 anni. I corpi estranei più comunemente ingeriti in età pediatrica sono le monete, seguite da giocattoli o parti di essi, oggetti appuntiti, batterie e cibo. Fortunatamente, nell'80% dei casi il corpo estraneo oltrepassa il piloro e la valvola ileo-cecale e viene naturalmente eliminato, tuttavia, il 10 - 20% dei casi può richiedere la rimozione endoscopica, mentre meno dell'1% può richiedere un intervento chirurgico. Circa il 40% dei casi di ingestione di corpo estraneo può passare inosservato, in quanto il bambino può rimanere asintomatico, soprattutto se l'ingestione avviene in assenza di testimoni. Tuttavia, possono sorgere complicanze che causano sintomi aspecifici, ma che necessitano di un intervento urgente. Pertanto il sospetto deve sorgere per poter intervenire tempestivamente.**

### Come si presenta:

La sintomatologia varia in base alla tipologia dell'oggetto ingerito, alla sua posizione, alla durata della sua permanenza, all'età e alle dimensioni del paziente e in base all'eventuale presenza di complicanze. Se l'oggetto si ferma in esofago i bambini possono essere asintomatici o possono presentare: ematemesi, tosse, ipersalivazione, disfagia o odinofagia, febbre, rifiuto del cibo, sensazione di corpo estraneo in gola, nausea, vomito, irritabilità, dolore al collo, alla gola o al torace, distress respiratorio, stridore, tachipnea o dispnea, respiro sibilante. I corpi estranei esofagei di vecchia data possono causare ritardo di crescita o polmonite da aspirazione. Una complicanza può essere la perforazione esofagea, che può provocare gonfiore del collo, crepitii e pneumomediastino.

Gli oggetti che hanno superato l'esofago in genere non causano sintomi a meno che non si verifichino complicanze, come la perforazione o l'ostruzione intestinale. In caso di perforazione dello stomaco o dell'intestino possono essere presenti febbre e dolore addominale, mentre in caso di occlusione intestinale può essere presente distensione addominale o dolore.

I siti più comuni in cui può verificarsi l'ostruzione da parte di un corpo estraneo ingerito sono l'area cricofaringea, la porzione centrale dell'esofago, lo sfintere esofageo inferiore, il piloro e la valvola ileocecale.

Superato l'esofago, la maggior parte degli oggetti taglienti passano, anche se vi è un aumento del rischio di complicanze come l'occlusione intestinale, la perforazione e l'erosione di organi adiacenti, da meno dell'1% al 15% - 35%. I pazienti

possono sviluppare dolore addominale, nausea, vomito, febbre, ematochezia o melena.

### Quali esami di laboratorio fare:

Nessuno.

### Quali esami strumentali fare:

**Rx torace-addome** in caso di sospetto. Anche se non tutti gli oggetti ingeriti sono radiopachi (ad esempio oggetti di legno, plastica, o vetro, ossa o spine di pesce), tuttavia lo studio radiografico può mostrare la presenza indiretta dell'oggetto in caso di complicanza, come la presenza di aria libera in addome in caso di perforazione o la dilatazione intestinale a monte dell'ostruzione.

La maggior parte dei corpi estranei possono passare attraverso il tratto gastrointestinale spontaneamente. Il 10-20% dei bambini che ingeriscono corpi estranei sono gestiti con l'**endoscopia**.

Le scansioni **TC**, **l'ecografia** e la **risonanza magnetica** possono essere utili per identificare corpi estranei radiotrasparenti.

### Come trattarlo in PS:

Corpi estranei esofagei richiedono un intervento precoce a causa della loro capacità di provocare sintomi respiratori e complicanze, come erosioni, stenosi o perforazioni esofagee, o anche una fistola aorto-esofagea.

Nei pazienti che hanno ingerito un oggetto tagliente radiotra-

sparente, come una lisca di pesce, deve essere eseguita una laringoscopia diretta, e se la laringoscopia è negativa e i sintomi persistono deve essere effettuata l'endoscopia.

Le batterie o gli oggetti taglienti che si fermano in esofago richiedono la rimozione endoscopica urgente anche nei pazienti asintomatici a causa dell'alto rischio di complicanze.

La maggior parte degli oggetti contundenti che si fermano nell'esofago devono essere osservati fino a 24 ore. Se l'oggetto non riesce a passare nello stomaco, deve essere rimosso o spinto nello stomaco. In alcuni pazienti, tuttavia, spingendo l'oggetto nello stomaco si può provocare un'ostruzione che richiede la successiva endoscopia o l'esplorazione chirurgica. Gli oggetti bloccati nell'esofago da più di 24 ore o per una durata sconosciuta devono essere rimossi endoscopicamente. Se l'oggetto persiste in esofago per più di due settimane, vi è un rischio significativo di erosione delle strutture circostanti, e si deve eseguire una valutazione chirurgica prima di tentare la rimozione.

Nel caso di oggetti che hanno oltrepassato l'esofago, anche se fino all'80% dei casi questi passano spontaneamente, si raccomanda che gli oggetti appuntiti vengano rimossi endoscopicamente prima che vadano oltre la curva duodenale, perché hanno maggiori probabilità di causare complicazioni o di richiedere la rimozione chirurgica. Oggetti appuntiti che non possono essere rimossi per via endoscopica, dovrebbero essere seguiti con radiografie quotidiane, e, se l'oggetto non progredisce in tre giorni, deve essere presa in considerazione la rimozione chirurgica.

Oggetti di grandi dimensioni (superiori a 2 - 3 cm di diametro nei lattanti e superiori a 3 - 5 cm di diametro nei bambini oltre l'anno di età) che non hanno oltrepassato la curva duodenale devono essere rimossi endoscopicamente a causa del maggiore rischio di ostruzione e di complicanze.

I pazienti con piccoli oggetti contundenti che si trovano oltre l'esofago, se asintomatici, devono essere osservati. La maggior parte degli oggetti dovrebbero essere naturalmente eliminati entro 4-6 giorni dall'ingestione, ma alcuni possono richiedere fino a 4 settimane. I pazienti che hanno ingerito oggetti contundenti radiopachi dovrebbero essere seguiti con la radiografia settimanale, e i genitori devono essere istruiti a cercare l'oggetto nelle feci.

Qualsiasi oggetto che non ha superato lo stomaco in 3-4 settimane deve essere rimosso per via endoscopica. Oggetti contundenti che hanno oltrepassato lo stomaco ma restano nella stessa posizione per più di una settimana dovrebbero essere rimossi chirurgicamente.

In caso di febbre, vomito, dolore addominale, o sintomi suggestivi di complicanze bisogna procedere con la rimozione in emergenza.

In caso di ingestione di batterie è indicato l'intervento precoce a causa del potenziale di ustione e di effetti corrosivi diretti. Possono verificarsi ustioni già quattro ore dopo l'ingestione. Batterie che rimangono nello stomaco per più di 48 ore o che sono più grandi di 2 cm di diametro devono essere rimosse per via endoscopica. Una volta che hanno oltrepassato il duodeno, l'85% delle batterie passa in meno di 72 ore. Devono essere eseguite radiografie ogni tre o quattro giorni per seguire lo stato di avanzamento della batteria fino a quando è passata.

#### **Quali sono le indicazioni al ricovero:**

- corpo estraneo in esofago;
- corpo tagliente o batterie;
- paziente con sintomi suggestivi di complicanze.

#### **Quali sono le raccomandazioni domiciliari:**

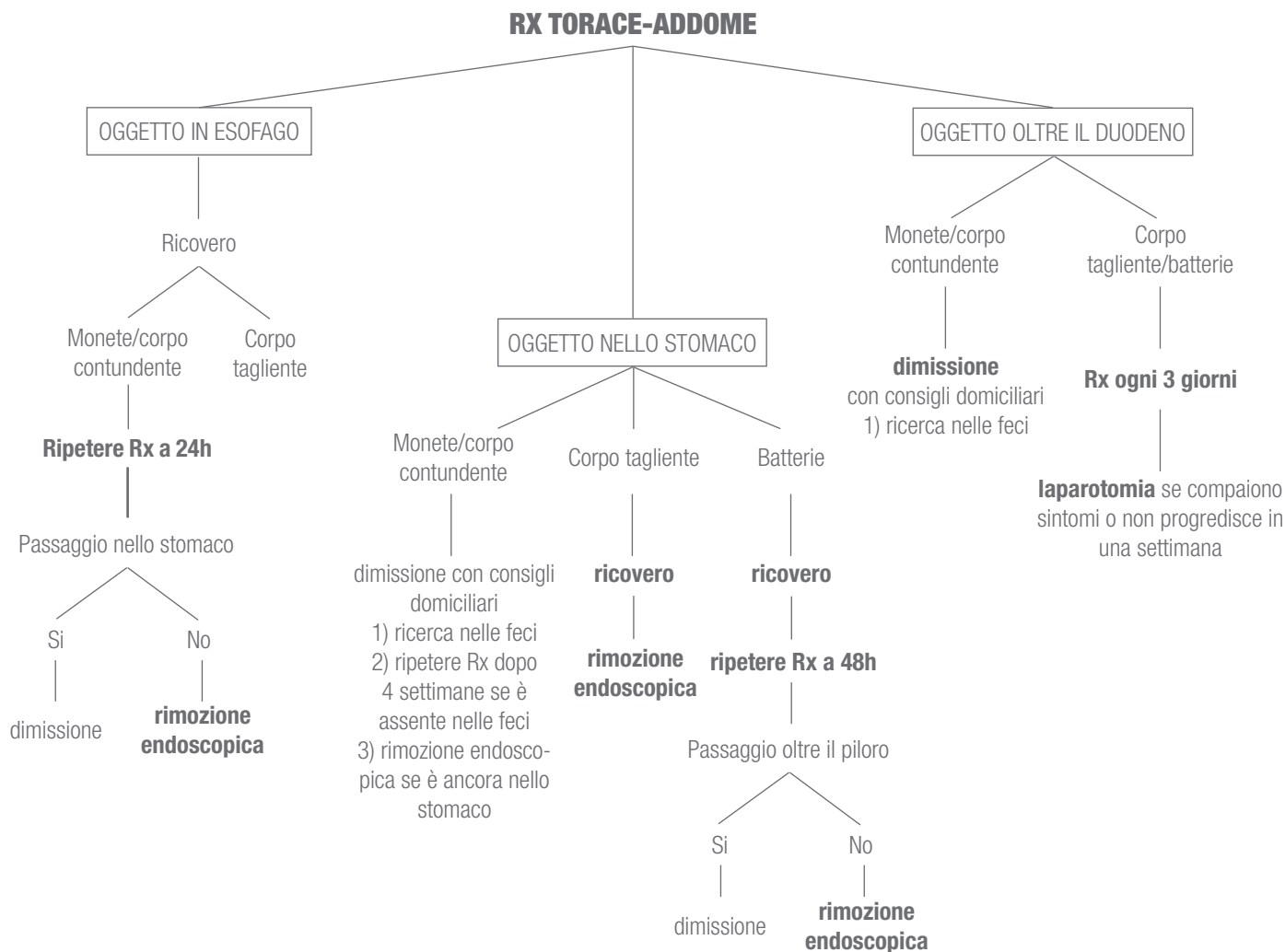
- Osservazione per 24-48 h di eventuale comparsa di sintomi;
- Ricerca nelle feci del corpo estraneo;
- Controllo clinico dal pediatra tra 48 h.

La prevenzione dell'ingestione, in primo luogo è la chiave per evitare tali incidenti nei bambini. Rendere la casa un ambiente sicuro per i bambini. La supervisione di un adulto è di fondamentale importanza in bambini in età prescolare.

#### **BIBLIOGRAFIA**

1. Kay M, Wyllie R. Pediatric foreign bodies and their management. *Curr Gastroenterol Rep.* 2005 Jun;7(3):212-8.
2. Eisen GM, Baron TH, Dominitz JA, et al. Guideline for the management of ingested foreign bodies. *Gastrointest Endosc* 2002; 55: 802-806.
3. Resource utilization patterns of pediatric esophageal foreign bodies. Teisch LF, Tashiro J, Perez EA, Mendoza F, Sola JE. *J Surg Res.* 2015 Mar 24. pii: S0022-4804(15)00318-2.
4. Butterworth J, Feltis B. Toy magnet ingestion in children: revising the algorithm. *J Pediatr Surg.* 2007; 42:e3-5.
5. Paul SP, Hawes D, Taylor TM. Foreign body ingestion in children: case series, review of the literature and guidelines on minimising accidental ingestions. *J Fam Health Care.* 2010;20(6):200-4.

## Management di un bambino in cui sospetta l'ingestione di un corpo estraneo **RADIOPACO**



## Management di un bambino in cui sospetta l'ingestione di un corpo estraneo **RADIOTRASPERENTE**

