

Caso Clinico n. 7

Maschio- aa. 52

Anamnesi patologica remota

Pregressi episodi pleuro-pneumonici di natura non precisata.
Da circa quindici anni abuso di vino e alcoolici. Da circa tre anni polineuropatia alcoolica e disfagia da stenosi esofagea (accertata).

Anamnesi patologica prossima

Grave disfagia totale (per liquidi e solidi), sensazione di arresto alto del bolo, rigurgito, scialorrea, intenso deperimento, astenia.

Esame obiettivo

Soggetto cachettico, disidratato, cute e mucose visibili pallide, muscoli atonici e atrofici, lingua arrossata e disepitelizzata.
Lieve epatomegalia, moderata dolorabilità epigastrica alla palpazione.

Tutti gli esami ematochimici confermano i segni di elevato grado di malnutrizione (anemia, ipoproteinemia, disionia, ecc.).

Gli esami radiologici (Rx standard, TC) dimostrano lunga stenosi organica del terzo medio-inferiore dell'esofago, con discreta ectasia a monte (Fig. 1). Incerta l'ipotesi neoplastica della lesione; presenza di clivaggio con le strutture circostanti senza segni di coinvolgimento di queste.



Fig. 1

L' esofagoscopia - biopsia conferma la lunga stenosi, con difficile pervietà, dei segmenti esofagei medio - distali, la dilatazione a monte, le gravi alterazioni della mucosa esofagea, senza evidenti manifestazioni a carattere neoplastico.

Diagnosi conclusiva: stenosi cicatriziale lunga dell'esofago.

Il Paziente è sottoposto ad intenso trattamento nutrizionale parenterale (PTN - catetere venoso centrale via succlavia).

Ottenuto, dopo circa 60 giorni di trattamento, il ripristino di parametri vitali validi, si decide per il trattamento chirurgico: esofagectomia totale. Tale decisione è presa in previsione di

inaffidabilità funzionale e tissutale dei segmenti esofagei prossimali, anch'essi coinvolti dal processo sclero-flogistico.

Intervento chirurgico

Fase video-toracoscopica (vedi filmato)

Paziente in decubito laterale sinistro. Introduzione in emitorace destro di 3 trocar da 10 e 2 trocar da 12: ascellare anteriore al V e III spazio intercostale; ascellare posteriore VIII e IV spazio intercostale; ascellare media VI spazio intercostale.

Vaste e diffuse aderenze pleuriche, molte delle quali vascolarizzate, rendono notevolmente difficili il distacco del polmone dalla pleura parietale e l'accesso al mediastino.

Identificazione dell'esofago per transilluminazione tramite esofagoscopia.

Apertura della pleura mediastinica; interruzione della vena azygos con GIA 30. Distacco dell'esofago dalla sua loggia. Interruzione dei peduncoli vascolari tra clips. Isolamento dell'esofago per tutto il suo tratto toracico, portato in alto oltre la cupola pleurica; interruzione dell'esofago con GIA a livello della giunzione toraco-cervicale: l'aumentato calibro del viscere comporta l'uso di 3 caricatori.

Controllo dell'emostasi. Inondazione del cavo pleurico con fisiologica e riespansione del polmone: non evidenti fughe d'aria. Drenaggio tubulare immerso (Bulau). Sutura degli accessi.

Fase laparotomica

Si pone il Paziente in decubito supino. Laparotomia mediana xifo-sottoombelicale.

Si attrae l'esofago in addome. Sutura dello hiatus esofageo.

Preparazione dell'impianto gastrico: mobilizzazione del duodeno con manovra di Kocher, interruzione del legamento gastro-colico con preservazione dell'arcata gastro-epiploica, interruzione dei vasi brevi e dell'arteria gastrica sinistra.

Pilorectomia anteriore sec. Holle. Preparazione del tubulo gastrico. Asportazione dell'esofago e del cono gastrico cardiale. Amputazione dell'apofisi ensiforme.

Fase cervicotomica

Cervicotomia trasversale alla base del collo. Ricupero del moncone esofageo prossimale.

Tunnellizzazione retrosternale e posizionamento del tubulo gastrico. Resezione dell'esofago cervicale; anastomosi esofago - tubulo gastrico termino-laterale posteriore manuale.

(Iconografia dell' esofago-gastro-plastica con impianto mediastinico anteriore retrosternale: vedi Tavole Sinottiche - esofago neoplastico).

Drenaggio tubulare in aspirazione. Sutura della ferita cervicotomica.

Conclusione della fase laparotomica

Previo controllo dell'emostasi e toilette del cavo peritoneale, sutura della parete addominale senza drenaggio.

L'esame macroscopico dell'esofago asportato conferma i dati della semeiologia strumentale e cioè lunga stenosi, notevole ispessimento della parete e gravi alterazioni flogistiche ed ulcerative.

Tali reperti sono confermati dall'esame isto-patologico con esclusione di aspetti neoplastici.

Il decorso postoperatorio è del tutto regolare e il Paziente è dimesso in ventesima giornata dall'intervento.

Seguito ambulatoriamente e aiutato a mantenersi esente dall'uso di alcoolici e a recuperare una normale attività, anche lavorativa, il paziente è rimasto nell'osservazione periodica da parte nostra per circa dieci anni.

Commento

Questo caso mi sembra interessante soprattutto per una caratteristica. A fronte di una grave e persistente intossicazione alcoolica non si sono verificate quelle conseguenze ritenute abituali e cioè le lesioni sul bersaglio epatico e/o sul sistema nervoso centrale. Non risulta invece segnalato, per quanto è dato saperne, un danno dell'esofago come quello descritto, stenosi cicatriziale lunga, conseguente all'abuso di alcoolici. Questa lesione sembra più simile ai danni conseguenti all'ingestione di caustici, evento assente nell'anamnesi del nostro Paziente.

Un'esofagite da reflusso, della quale peraltro non sono denunciati i sintomi - ma se fosse di natura triptica, alcalina, sarebbe scarsamente sintomatica o addirittura silente soprattutto in un soggetto come il nostro - potrebbe essere responsabile di stenosi, com'è ben noto. In tali condizioni, però, la stenosi di solito è relativamente limitata, non così estesa come nel caso in questione.

E' da notare come il ricupero preoperatorio del paziente, sia pure ottenuto con un lungo e impegnativo trattamento parenterale, sia avvenuto in maniera tale da permettere un intervento, come quello eseguito e descritto, ben tollerato e con un outcome rapido e soddisfacente anche nel tempo. Il significato ultimo di ciò potrebbe essere inteso essenzialmente come assenza di compromissione epatica o nervosa centrale, malgrado l'insulto intenso e prolungato dell'intossicazione alcoolica.

Un'ipotesi da prendere forse in considerazione è che la compromissione grave della funzione esofagea, oltre ad ostacolare il corretto apporto nutrizionale, ha impedito ad un certo punto, e comunque ostacolato, anche l'assunzione dell'alcool, proteggendo così in ultima analisi gli altri bersagli dall'azione tossica.
