

Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Udine  
Cod. evento ORDMCOUD\_25001

**IL PAZIENTE CON DISFAGIA:  
LE NEOPLASIE E I DISORDINI MOTORI DELL'ESOFAGO**

Sabato 17 maggio 2025

CASO CLINICO N. 2

Rispondere ai quesiti con una crocetta sulla risposta che ritenete corretta e riconsegnare al termine del corso al desk della Segreteria compilato con nome, cognome e firma

NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

## Maria ♀ 60 anni accede in Pronto Soccorso



Da due giorni vomito e dolore epigastrico dopo mangiato.  
Riferisce calo ponderale.  
Disfagia assoluta...non dolore toracico



- ✓ calo ponderale di 12 kg circa in un mese (BMI 20)
- ✓ Al di fuori del lavoro conduce una vita piuttosto sedentaria
- Prende antidolorifici anche a stomaco vuoto per dolori articolari
- ✓ Alvo regolare
- ✓ APR: non patologie associate

TD: nega Allergia ad Augmentin

### Alla visita riferisce che...da anni:

- ❖ Scialorrea
- ❖ Blocco del cibo che si risolveva bevendo
- ❖ Da un anno disfagia
- ❖ Calo ponderale di 20 kg

Diagnosi: MRGE, stress, ansia.....

➔ EO: Cardiopolmonare nella norma. Addome trattabile, non dolente, dolorabilità in epigastrio, organi ipocondriaci non palpati, Murphy/Blumberg negativi, normoTEC, peristalsi valida.

➔ Ematochimici: emocromo con F, troponine, elettroliti, AST/ALT, GGT/ALP/Bilirubina, amilasi/lipasi, PCR, TUTTO NELLA NORMA

➔ ECO ADDOME negativa

➔ ECG: ritmo sinusale.

**Dimessa con sospetto di**  
**GASTRITE ACUTA**  
**SECONDARIA A FANS**

- X Disfagia
- X Calo di peso
- X Vomito
- X Sanguinamento GI
- X Anemia

**Cosa Avreste fatto?**

- Terapia per la gastrite perché concordate con la diagnosi
- Esofagogastroduodenoscopia
- Visita gastroenterologica
- Altro?

**RISPONDERE**

Maria ♀ dopo 4 giorni riaccede in Pronto Soccorso



Vomito e dolore epigastrico dopo mangiato da 7 giorni associato a tosse produttiva....Inviato dopo esecuzione di rx torace con addensamento parenchimale dubbio

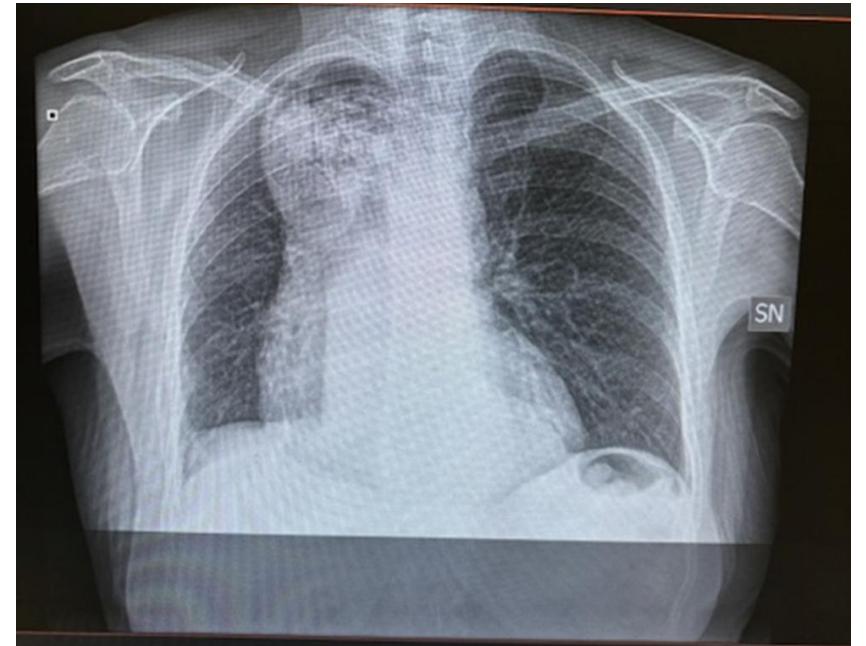
RX torace:

Indicazione all'esame: tosse persistente

Referto: Campi polmonari normoespansi.

Al campo polmonare superiore dx in paramediastinica si riconosce esteso disomogeneo addensamento parenchimale meritevole di approfondimento diagnostico mediante TC torace con MdC; concomita aspetto trazionato delle strutture mediastiniche verso dx. Ombra cardiaca ingrandita.

Liberi i seni costo-frenici.



➡ EOT: MV un po' ridotto ai campi di destra, non rumori patologici.

➡ Ematochimici: GB 12260 PCR 147, IPOKALEMIA 2.76, AST/ALT, GGT/ALP/Bilirubina, amilasi/lipasi nella norma,

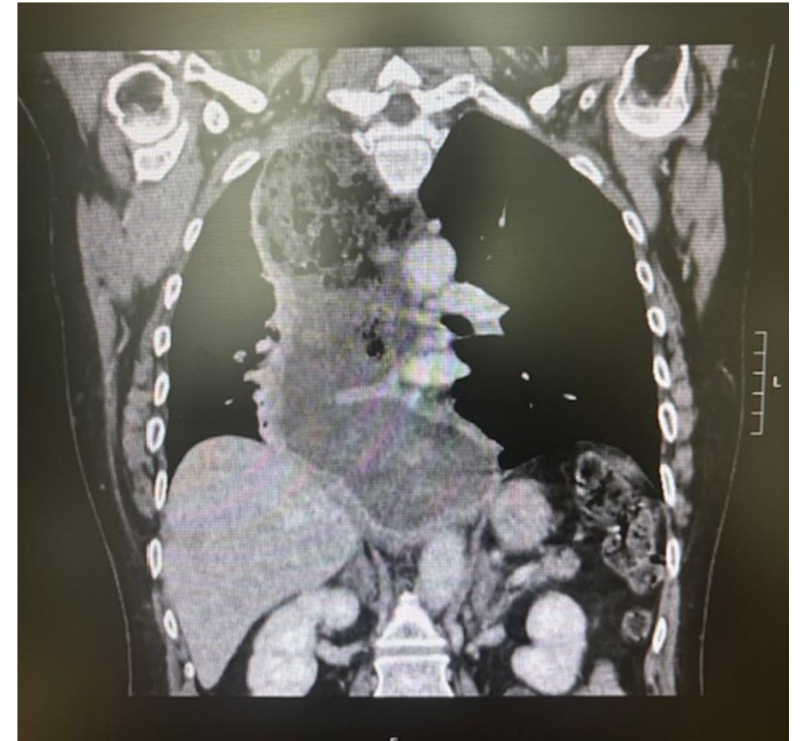
➡ ECO ADDOME negativa

➡ ECG: tachicardia sinusale 114 bpm.

## Richiesta TC torace con MdC

### TC torace con Mdc

...Si apprezza marcata distensione dell'esofago a dx con diametro fino a circa 80 mm a pareti ispessite e contenuto in parte liquido in parte solido, con effetto massa sulle strutture circostanti e si segue dilatato fino al cardias dove si apprezza ispessimento parietale con stenosi serrata per un tratto di circa 46 mm per cui si consiglia visita specialistica. In loggia costo-vertebrale dx si evidenzia modesto versamento pleurico. A dx si osservano lievi alterazioni disventilatorie del parenchima polmonare. Non linfadenomegalie ileo-mediastiniche.



Come si procede?

**E' un'acalasia? E' una neoplasia?**

- richiedo una manometria esofagea
- richiedo EGDS con biopsie
- richiedo entrambe con impegnativa
- invio al centro di riferimento



Alla visita chirurgica:

- ❖ EO: addome trattabile, lievemente dolorabile in epigastrio, non segni di peritonismo
- ❖ Posizionamento di SNG 18 Ch e lavaggi manuali per rimuovere abbondanti residui alimentari
- ❖ Diagnosi: stenosi cardiale di n.d.d.
- ❖ Conclusioni: si ricovera in Chirurgia Generale



EGDS: Regolare apertura del SES. Esofago pervio presenta lungo tutta la sua lunghezza ingesti. Dopo numerosi lavaggi si riescono a rimuovere gli ingesti ma si riesce a pervenire nella cavità gastrica. Cardias continente. Cavità gastrica normodistensibile con conservato rilievo plicale. Segni di flogosi cronica antrale. Corpo e fondo indenni. Bulbo ginocchio e seconda porzione duodenale indenni.

Non disponibili immagini su G2

Diagnosi  
.....

Esame da ripetere...PPI a pieno  
dosaggio ev.

Quindi.....?

- ❖ Viene posizionato un PICC
- ❖ Inizia NPT e viene attivato il distretto
- ❖ Viene richiesta visita ORL e esofagoscopia in urgenza

## Alla visita ORL:

Questi diagnostico: paziente affetta da voluminosa acalasia dell'esofago con sospetto K esofago distale. Numerosi residui alimentari in cavità

EO ORL nella norma

Esofagoscopia in urgenza: Si aspira abbondantissima secrezione e residui di cibo macerato. A 40 cm dall'AD si riscontra tessuto granuleggiante circonferenziale facilmente sanguinante e tessuto duro che impedisce la progressione dello strumento. A tale livello si esegue biopsia. E.I.: lesione ulcerativa

**Quindi.....?**

**La paziente viene inviata al Centro di riferimento**

## **Alla visita chirurgica:**

- In considerazione dell'esame endoscopici e radiologici quadro sospetto per **Acalasia end-stage**

Si programmano esami di completamento diagnostico:

- ✓ EGDS con consensuale posizionamento di SNC per esecuzione della Manometria esofagea HR
- ✓ Valutazione dietista per incremento uptake mediante NPT ma soprattutto: complesso vitaminico B e sacche con polivitaminici

**Encefalopatia  
di Wernicke**

# Encefalopatia di Wernicke e stato nutrizionale

- Sindrome di Wernicke Korsakoff
- Solitamente causata da abuso alcolico che determina un ridotto intake di tiamina e un alterato metabolismo
- E' una condizione primaria neurologica acuta che colpisce il sistema nervoso centrale e quello periferico
- Caratterizzata dalla triade: atassia, oftalmoplegia e stato confusionale

Case Report

## Wernicke's Encephalopathy in Type 2 Achalasia: Case Report and Literature Review

Diana N. Rodriguez, MD<sup>1</sup>, Kriti Gera, MD<sup>1</sup>, Bishal Paudel, MD<sup>1</sup>, and Angela Pham, MD<sup>1</sup>

Journal of Investigative Medicine High Impact Case Reports  
Volume 11: 1-6  
© 2023 American Federation for Medical Research  
DOI: 10.1177/23247096231190628  
journals.sagepub.com/home/hic  


**Table 1.** Nutritional Panel With Values on Admission, 1 Week Post Repletion Protocol Initiation, and 2 Months Post Initiation of Repletion Protocol.

Protein/vitamin/trace element	Value on admission	Value 1 week post repletion	Value 2 months post repletion	Reference range
Albumin	1.9 g/dL	2.1 g/dL	—	3.5-5.2 g/dL
Prealbumin	12 mg/dL	—	22 mg/dL	20-40 mg/dL
Albumin/globulin ratio	3	—	2	1.1-3.5
Aspartate transaminase (AST)	50 IU/L	—	25 IU/L	0-37 IU/L
Alanine transaminase (ALT)	63 IU/L	—	18 IU/L	0-35 IU/L
Vitamin A	0.23 mg/L	—	—	0.30-1.20 mg/L
Vitamin B1	68 nmol/L	121 nmol/L	89 nmol/L	70-220 nmol/L
Vitamin B12	285 pg/mL	—	> 1500 pg/mL	193-986 pg/mL
Homocysteine	23.1	—	—	4.7-14.0 μmol/L
Vitamin B6	16.2 nmol/L	—	—	20.0-125.0 nmol/L
Vitamin C	6 μmol/L	—	—	23-114 μmol/L
Vitamin E	1.1 mg/L	—	—	0.0-6.0 mg/L
Vitamin K	0.43 nmol/L	—	—	0.22-4.88 nmol/L
Vitamin D 25 hydroxyurea	35.76 ng/mL	—	22.14 ng/mL	20-120 ng/mL
Folate	5.0 ng/mL	—	9.7 ng/mL	>5.8 ng/mL
Methylmalonic acid, serum	<0.10 μmol/L	—	—	0.00-0.40 μmol/L

## Esofagastroduodenoscopia



Esofago ectasico a decorso tortuoso occupato da ingesti alimentari anche di consistenza solida. Si procede mediante lavaggi, aspirazioni ripetute e rimozione dell'alto mediante cestello esponendo una mucosa che specie nel tratto medio-distale appare diffusamente disepitellizzata con ulcero-erosioni compatibili con lesioni mucosali da decubito.

Si riesce pertanto ad approcciare la regione cardiaca, che appare substenotica, superabile con modesta sensazione a scatto. A tale livello la mucosa appare iperemica senza lesione attive. (B1).

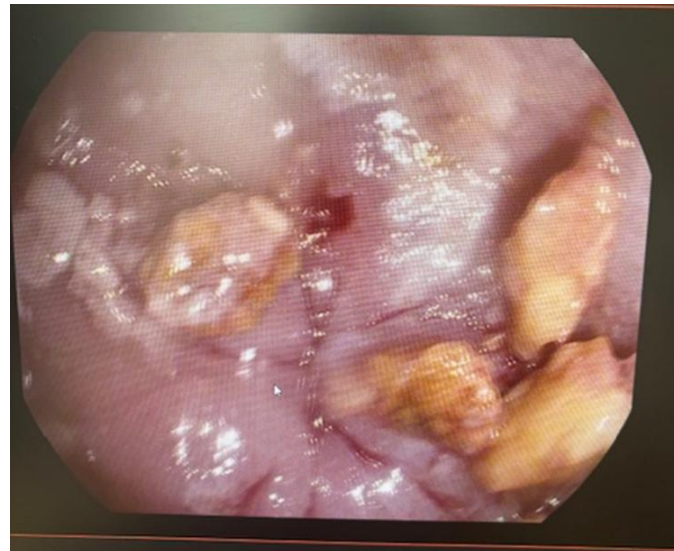
Stomaco e duodeno nella norma

Con l'aiuto del collega chirurgo si posiziona SNC per esecuzione di manometria esofagea HR.

**Diagnosi: sospetta acalasia con ectasia dell'esofago medio-distale**

## Esofagastroduodenoscopia

El: negativo



## Manometria esofagea HR

Referto manometria:

IRP: 24.8 mmHg

Peristalsi: fallita 100%

**Diagnosi: Acalasia di tipo 1 come probabile esito dell'end stage acalasia**

## RX tubo digerente

Dopo assunzione per os di bolo baritato....

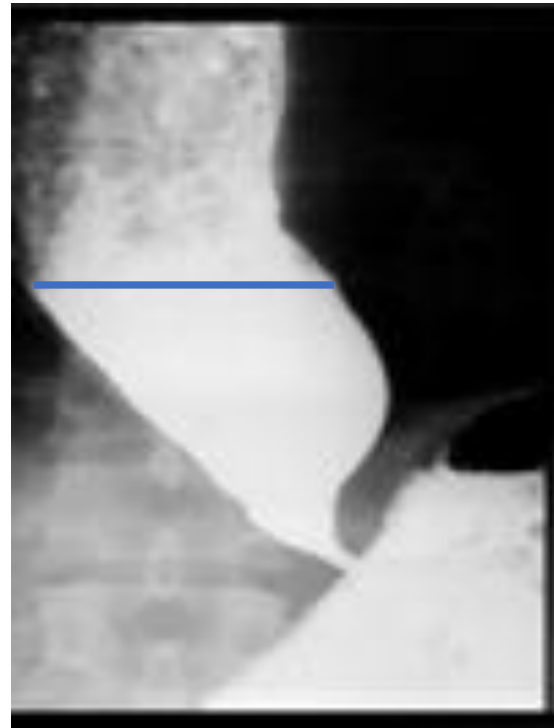
Si evidenzia marcata dilatazione di tutto l'esofago con diametro massimo del viscere sino a circa 9-10 cm nel tratto toracico (megaesofago) sino in sede distale con mancata apertura dello sfintere esofageo inferiore che presenta morfologia a «coda di topo». Completo il ristagno endoluminale di MdC, con tratto toracico distale del viscere deformato/tortuoso con aspetto simil-sigmoideo. Privo di peristalsi.

Si documenta passaggio di MdC nella cavità gastrica come filiforme opacizzazione nelle immagini singole acquisite dopo 1 ora dall'inizio dell'assunzione per os dello stesso.



El: negativo





1° Grado  
< 4cm

2° Grado  
4-6 cm

3° Grado  
> 6 cm

4° Grado  
> 6 cm  
sigmoideo

# Classificazione radiologica

# End stage

Surgical Endoscopy (2023) 37:1742–1748  
<https://doi.org/10.1007/s00464-022-09696-8>



ORIGINAL ARTICLE



## Laparoscopic Heller-Dor is an effective long-term treatment for end-stage achalasia

Renato Salvador<sup>1</sup> · Giulia Nezi<sup>1</sup> · Francesca Forattini<sup>1</sup> · Federica Riccio<sup>1</sup> · Arianna Vittori<sup>1</sup> · Luca Provenzano<sup>1</sup> · Giovanni Capovilla<sup>1</sup> · Loredana Nicoletti<sup>1</sup> · Lucia Moletta<sup>1</sup> · Elisa Sefora Pierobon<sup>1</sup> · Michele Valmasoni<sup>1</sup> · Stefano Merigliano<sup>1</sup> · Mario Costantini<sup>1</sup>

Received: 19 April 2022 / Accepted: 25 September 2022 / Published online: 10 October 2022  
© The Author(s) 2022

**Esophageal pull-down technique**

- **E' la peggiore condizione della malattia**
- **Peggior outcome nei paziente sottoposti ad esofagomiectomia sec. Heller-Dor VL**
- **Heller-Dor VL comunque può essere considerata prima dell'esofagectomia**



# Esofagomiotomia sec. Heller-Dor con tecnica pull-down VL

