

Dottore, ho ingerito una capsula dentaria...

Francesco Del Zotti

in collaborazione con

Claudio Sovran

Medici di medicina generale
Verona

Un'assistita di 50 anni durante il pranzo ingerisce, con un passato di verdura caldo, una capsula dentaria di due unità, in oro-resina, appartenenti a un impianto posizionato tre anni prima. Dopo 7-8 ore accusa fastidio in gola e respirazione affannosa (probabilmente provocata dall'agitazione, dal momento che la donna non ha mai mostrato nella sua storia un carattere ansioso). La paziente decide di recarsi al pronto soccorso, dove viene effettuata una prima lastra, che mostra il posizionamento della capsula nell'intestino crasso.

Dopo ben 11 giorni, la signora giunge preoccupata in studio. Alla domanda "ha controllato sistematicamente le feci?", la paziente, con imbarazzo, entra nei dettagli e dimostra che è stata accurata (utilizzo di vaso, guanti, ecc).

Viene prescritta una seconda lastra: la capsula è ancora nell'intestino. La paziente è molto allarmata, per cui viene inviata all'attenzione di un collega chirurgo, che la tranquillizza. Vista la sua stipsi, si consiglia di favorire il passaggio delle feci con qualche sostanza. La signora ritorna in ambulatorio e riceve indicazione di evitare purganti e di utilizzare un po' di fibre.

Dopo ulteriori otto giorni e dopo ben diciannove giorni (!) dall'ingestione, la signora comunica la fine dell'incubo e "il lieto evento".

■ Ingestione di corpi estranei

Negli USA ogni anno 1.500 persone muoiono in seguito all'ingestione di corpi estranei. Gli oggetti di origine dentaria sono al secondo posto per frequenza.

Non sempre è agevole diagnosticare la posizione di protesi dentarie, dal momento che a volte si tratta di oggetti non radio-opachi, per esempio provvisori in resina.

Vi è inoltre da dire che esistono alcuni pazienti più a rischio di altri: bambini sotto i 15 anni, con apparecchi ortodontici mobili, soprattutto se disabili; alcolisti, psicotici, pazienti con disturbi neurologici o

mentali, che fanno uso di sedativi e psicofarmaci.

Il più delle volte l'oggetto può essere ingerito, ma a causa del riflesso della tosse è piuttosto raro che esso venga inalato nel sistema respiratorio. Se ciò accade, ci si trova di fronte a un quadro molto più a rischio: si tratta di urgenza medica. Sono descritti in letteratura casi di pazienti con disturbi asmaticiformi persistenti per mesi, che alla fine sono collegati all'ingestione di corpi estranei e alla loro progressione nel sistema respiratorio.

In questo articolo approfondiremo solo la situazione più frequente: l'ingestione e la progressione di corpi estranei lungo il canale digerente.

Per quanto riguarda il percorso degli oggetti, va segnalato che la maggior parte passa nelle feci senza grossi problemi; per l'80-90% dei casi ciò avviene in 7-10 giorni. Il 60% passa direttamente nello stomaco senza sostare nell'esofago. Ma non poche volte accade che l'oggetto si fermi anche per un tempo prolungato in uno dei siti del canale gastroenterico.

Il rischio è inoltre connesso anche alla tipologia dell'oggetto: quello della perforazione intestinale è più elevato quando l'oggetto ingerito è di dimensioni importanti, metallico o appuntito, come nel caso di ossa animali o lisce di pesce, stuzzicadenti.

Segni di allarme che possono indirizzare il percorso verso la rimozione endoscopica o verso la via

chirurgica sono quelli di infiammazione o perforazione, oppure segni clinico-radiologici di ancoraggio del corpo estraneo nella parte alta del tratto gastrointestinale, in particolare sopra la valvola ileocecale.

■ Commento e conclusioni

Il caso presentato getta luce sulle problematiche legate alle "ingestioni minori". Ma da quale punto di vista sono "minori"? È comprensibile che esse appaiono "minori" al medico di pronto soccorso, ma, come si evince dal caso, l'ottica del paziente e del Mmg è diversa.

Per la prevenzione il management dell'ingestione di corpi estranei di origine protesica o conseguenti a interventi odontoiatrici vi sono vari attori, ognuno con un diverso ruolo.

► Il dentista

Il dentista può porre particolare attenzione alle manovre, soprattutto per alcuni tipi di pazienti o interventi. Può utilizzare la diga protettiva in lattice durante gli interventi; oggi questa procedura non è generalizzata come dovrebbe: da una survey condotta negli USA (*J Am Dental Assoc* 1996; 127: 1333-4) solo il 59% dei dentisti usa questa gomma; non abbiamo motivi di presumere che i dati italiani siano diversi.

► Il paziente

I pazienti con protesi, ponti, impianti non dovrebbero omettere

controlli periodici e una scrupolosa igiene dentaria; dovrebbero porre attenzione ai primi segni, anche una minima mobilità o il cattivo alito, che può dipendere da cedimento, infiltrazione di materiale e conseguente crescita di anaerobi.

► *Il medico di famiglia*

La consapevolezza del paziente di avere ingerito un corpo estraneo crea una tensione continua che può trasmettersi al Mmg, a cui si chiedono consigli su accertamenti diagnostici e previsioni sulla fine dell'incubo.

Sul tempo di espulsione il Mmg si dovrà tenere piuttosto "largo", vista la discreta variabilità del tempo di transito. Può essere utile, comunque, fornire un programma come un nido di sicurezza: per esempio un controllo radiografico dopo 7-10 giorni, sebbene la lettera-

tura non sia chiara sulla tempistica e sebbene bisognerebbe prendere in considerazione la dose radiologica a cui è esposto il paziente (in genere 0.7 mSv, pari a 7 radiografie del torace).

Una delle tentazioni dei pazienti e dei Mmg è quella di accelerare la fuoriuscita con lassativi; ciò potrebbe aumentare la peristalsi e il rischio di perforazione e perciò in genere va evitato. Al massimo si può provare a consigliare, soprattutto negli stitici, sostanze che diano effetto massa blanda (mollica di pane o polenta; una dose moderata di fibre, ecc).

Inoltre, non bisogna banalizzare il racconto del paziente che riferisce che non trova più un ponte o una protesi. Bisognerà segnalare in cartella lo "smarrimento", così che successivamente lo si possa mettere in correlazione con eventuali altri problemi. Bisogna cioè pren-

dere seriamente in considerazione, tra le varie ipotesi, l'ingestione; quindi organizzare un follow-up sistematico che sorvegli l'insorgenza di dispnea, stridori, sibili, disturbi addominali e segni peritoneali.

Per finire, l'analisi del caso e del problema ci ha indotto a ritenere che in simili situazioni, apparentemente specialistiche, emerge la necessità della figura di un medico, il Mmg, che in qualche modo conosca alcuni aspetti delle cure odontoiatriche e delle sue conseguenze.

In realtà i problemi dentari hanno una tale prevalenza e impatto sulla qualità di vita (incluso in essa la dimensione economica delle cure) per cui è impossibile per noi sfuggire al ruolo di consulenti aggiornati e guida del paziente, nonché di interfaccia attiva verso lo specialista.