

CORNER DIAGNOSTICO

Diagnostica per immagini



Alessandro Locatelli, Med Vet, MRCVS,
Giliola Spattini, Med Vet, PhD, DECVDI
e-mail: vet.locatelli@gmail.com
Clinica Veterinaria Castellarano,
Via fuori ponte 1/1, 42014
Castellarano (RE) Italy

PRESENTAZIONE CLINICA

Urano, un Pastore delle Brie, maschio di 11 anni, di 44 kg, veniva portato presso la nostra struttura per difficoltà nel mantenere la stazione quadrupedale e disappetenza da circa 24 ore.

Alla visita clinica il paziente era vigile, eupnoico, con mucose rosee, TRC tra 1 e 2 secondi, temperatura rettale 38.6° ed auscultazione cardiaca e polmonare nei limiti della norma. La palpazione addominale rilevava un addome teso e moderata reazione algica a carico del distretto craniale. L'ecografia addominale fast, non mostrava versamento addominale o intensa reazione peritoneale nei quadranti diaframmatico-epatico, spleno-renale, cistico-colic ed epato-renale¹.

Gli esami emato-biochimici evidenziavano moderata leucocitosi, piastrinopenia, lieve anemia. Le proteine totali e le albumine erano leggermente diminuite con mo-

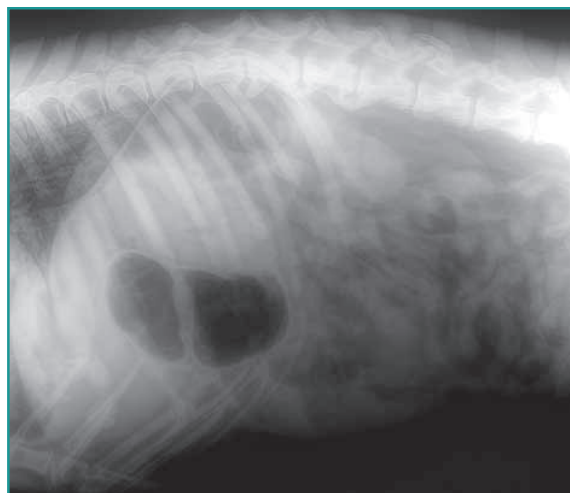


Figura 2 - Radiografia laterale sinistra centrata a livello dell'addome craniale del paziente.

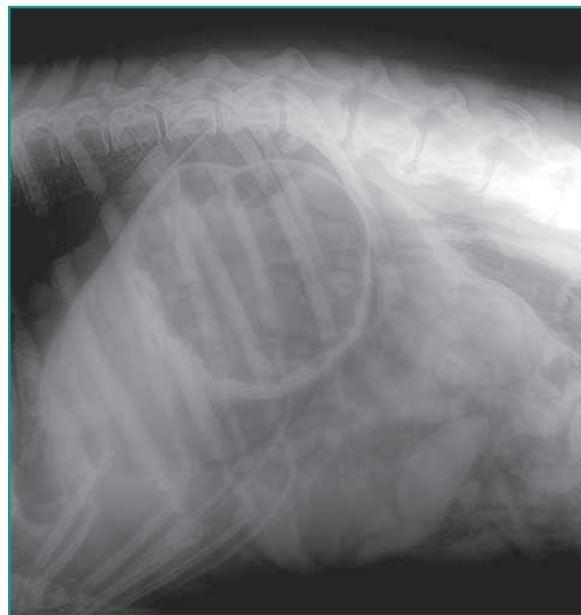


Figura 1 - Radiografia laterale destra centrata a livello dell'addome craniale del paziente.

derato aumento di CPK, AST, ALT, ALP. Era presente anche iperpotassiemia ed ipomagnesiemia associate ad un lieve aumento dell'azotemia.

Il cane veniva ospedalizzato per approfondimenti diagnostici e per terapia di supporto. 12 ore dopo, nonostante la terapia intensiva, il paziente era fortemente abbattuto ed era comparso un sintomo clinico nuovo: aveva avuto un episodio di ematemesi. Visto il deterioramento delle condizioni cliniche del paziente, si decide di eseguire tre radiografie laterali dell'addome alcuni particolari delle quali vengono riportati qui di seguito (Fig. 1, 2). A causa della mancata collaborazione del paziente e avendo individuato un riscontro molto preoccupante, si decide di non eseguire una VD.

Il sospetto diagnostico è stato emesso dopo la valutazione di queste immagini radiografiche, quale è la tua diagnosi radiografica?

Quali sono le tue diagnosi differenziali?

Cosa faresti adesso?

Risposte alla pagina successiva

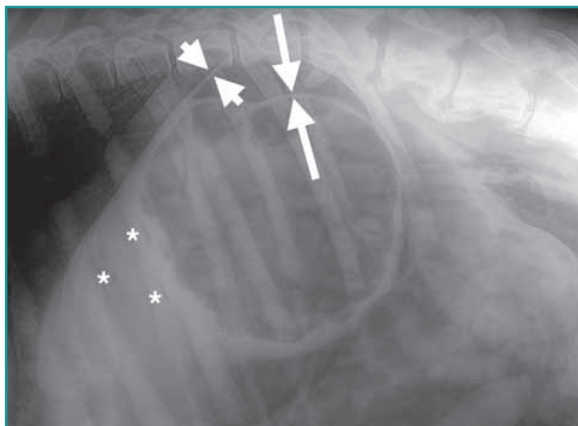


Figura 3 - Particolare della radiografia della Figura 1. Si identificano piccole aree lineari radiolucenti (*), la parete diaframmatica (teste di frecce) e la parete dorsale dello stomaco (frecce).

DISCUSSIONE

Nella radiografia della Figura 1, un particolare della quale è evidente nella Figura 3, sono presenti piccole aree lineari radiolucenti (*), che delimitano il margine craniale della parete gastrica. È anche possibile identificare inoltre chiaramente i margini della parete dorsale dello stomaco (frecce), a causa dell'aumentato contrasto peritoneale in questo settore. Si può identificare inoltre il contorno della crura diaframmatica sinistra, grazie all'aria presente sia in torace che in addome (teste di freccia). Questi riscontri indicano uno pneumoperitoneo. Allo stesso tempo il contrasto addominale appare moderatamente diminuito, e questo fa sospettare la concomitante presenza di un modico versamento o di un processo peritonitico. Per questo motivo si ripete un esame ecografico più mirato che mostra la presenza di liquido libero anecogeno ma ricco di foci iperecogeni unitamente alla presenza di gas addominale libero.



Figura 4 - Immagini intraoperatorie con evidenziazione di ulcera in area pilorica alla giunzione piloro-duodenale.

Il materiale raccolto tramite centesi mostra la presenza di elementi infiammatori dati da polimorfonucleati neutrofili e macrofagi con presenza di batteri fagocitati.

Il controllo degli esami di laboratorio mostra una elevazione dei leucociti con shift sinistro, un aggravarsi della piastrinopenia e l'insorgenza di ipoglicemia. Le proteine totali e le albumine si sono ulteriormente abbassate.

Dopo stabilizzazione del paziente e trasfusione di plasma si esegue una celiotomia esplorativa che rileva la presenza di una ulcera pilorica perforante (Fig. 4).

Il paziente muore durante la fase del risveglio anestesiológico.

In prima analisi non era emersa la somministrazione di FANS in anamnesi, ma in seguito emerse che, ad insaputa degli altri componenti della famiglia, la madre del proprietario somministrava arbitrariamente FANS al paziente ogni volta che il cane sembrava fare fatica ad alzarsi al mattino, sintomo che era andato peggiorando nell'ultimo anno.

L'ulcera gastroduodenale è una patologia sempre più frequente nei piccoli animali, presentandosi in genere in età medio-avanzata². Nei cani i fattori predisponenti più comuni per lo sviluppo di ulcere gastroduodenali includono: somministrazione di FANS, patologie epatiche, interventi chirurgici, shock, cause che riducono la perfusione gastrica, iperacidità gastrica, ingestione di corpi estranei e neoplasie gastrointestinali³. I FANS causano una ridotta produzione di prostaglandine, adibite principalmente alla produzione di muco e bicarbonato ed al mantenimento di un corretto flusso sanguigno mucosale⁴. In questo paziente, vista l'assenza di lesioni macroscopicamente evidenti e una citologia intra operatoria negativa, si sospetta che l'ulcera possa essere secondaria alla somministrazione cronica di FANS.

Si ricorda che una ecofast non è adeguata nel riconoscere un processo patologico focale e sulla base degli esami del sangue probabilmente avremmo dovuto proseguire la diagnostica per immagini con una radiografia addominale o una ecografia completa dopo poche ore di terapia intensiva e subito dopo il pieno regime di una terapia analgesica adeguata.

BIBLIOGRAFIA

1. Lisciandro RG et al. Evaluation of an abdominal fluid scoring system determined using abdominal focused assessment with sonography for trauma in 101 dogs with motor vehicle trauma. *Journal of Veterinary Emergency and Critical Care*. 19(5), 426-437, 2009.
2. Hinton LE, McLoughlin MA, Johnson SE and Weisbrode SE: Spontaneous Gastroduodenal Perforation in 16 Dogs and Seven Cats (1982-1999). *Journal of the American Animal Hospital Association*. Vol. 38, No. 2, 176-187, 2002.
3. Hickey MC(1), Magee A. Gastrointestinal tract perforations caused by ingestion of multiple magnets in a dog. *Journal of Veterinary Emergency and Critical Care*, 21(4): 369-74, 2011.
4. Forsyth SF1, Guilford WG, Haslett SJ, Godfrey J: Endoscopy of the gastroduodenal mucosa after carprofen, meloxicam and ketoprofen administration in dogs. *Journal of Small Animal Practice*. 39(9): 421-4, 1998.