

CORNER DIAGNOSTICO

Medicina interna



PRESENTAZIONE CLINICA

Charlie è un cane meticcio, castrato, di 10 anni, che viene portato in visita per un secondo consulto presso l'UO di Medicina Interna dell'Ospedale Veterinario I Portoni Rossi per vomito persistente da 10 giorni, distensione addominale e disoressia. I colleghi referenti avevano eseguito 5 giorni prima una celiotomia esplorativa per un sospetto corpo estraneo identificato con l'ecografia addominale tuttavia non rinvenuto in sede chirurgica. In anamnesi remota venivano riportati una diagnosi di epilessia idiopatica nel 2014 per la quale era stata iniziata terapia anticonvulsivante (fenobarbitale) ed un episodio di pancreatite acuta nel 2016.

Alla visita clinica Charlie mostrava depressione del sensorio, distensione e dolore addominale. Si procedeva quindi con l'esecuzione di un prelievo per profilo ematobiochimico completo ed emogas analisi che non mostravano alterazioni significative. È stata inoltre eseguita un'ecografia addominale (Video 1) che rivelava moderata iperecogenicità del peritoneo, grave ileo funzionale diffuso a carico del piccolo intestino caratterizzato dall'alternanza di anse digiunali normodistese ad anse dilatate (Figura 1) ed occasionale presenza, all'interno di queste, di materiale amorfo formante cono d'ombra.

Silvia Miglietta Med Vet
Ospedale Veterinario I Portoni Rossi,
Via Roma, 57 - Zola Predosa (BO)



Figura 1 - Alternanza di anse digiunali normodistese ad anse dilatate. Per gentile concessione della Dott.ssa Angela De Magistris, UO di Diagnostica per Immagini, Ospedale Veterinario I Portoni Rossi.



Video 1:
Ecografia addominale di Charlie. Per gentile concessione della Dott.ssa Angela De Magistris, UO di Diagnostica per Immagini, Ospedale Veterinario I Portoni Rossi.

<https://www.scivac.it/it/v/20741/1>

1) Sulla base dei rilievi anamnestici, clinici ed ecografici, quali potrebbero essere le principali diagnosi differenziali? È presente o meno un'ostruzione meccanica da corpo estraneo?

2) Come sarebbe opportuno procedere nella gestione del caso?

Tra le diagnosi differenziali devono essere valutate le cause di ileo meccanico e funzionale. La presentazione clinica (vomito persistente) unitamente al quadro ecografico caratterizzato dall'alternanza di due popolazioni di anse digiunali che si presentavano normodistese e dilatate con presenza di cono d'ombra all'interno, potevano far pensare ad un'ostruzione meccanica da corpo estraneo, tuttavia questa ipotesi era stata smentita dalla celiotomia esplorativa eseguita dai colleghi referenti. Tra le cause di ileo funzionale devono quindi essere prese in considerazione: ileo post-operatorio, disautonomia, distrofia muscolare, miopatia viscerale, pseudo-ostruzione intestinale cronica.

Charlie è stato ospedalizzato e sottoposto a terapia medica (fluidoterapia per via endovenosa, antiemetica con maropitant, procinetica con metoclopramide ed analgesica con metadone) tuttavia, a seguito del deterioramento delle sue condizioni cliniche (persistenza di vomito, marcata depressione del sensorio) e del quadro ecografico (peggioramento ingravescente dell'entità della dilatazione delle anse intestinali), si è deciso di procedere con una celiotomia esplorativa. Poiché in sede chirurgica è stata confermata la presenza di grave e diffusa dilatazione delle anse digiunali (Figura 2) in assenza di corpi estranei, sono state eseguite delle biopsie intestinali multiple. Il referto istologico descriveva la presenza di un infiltrato infiammatorio di cellule mononucleate

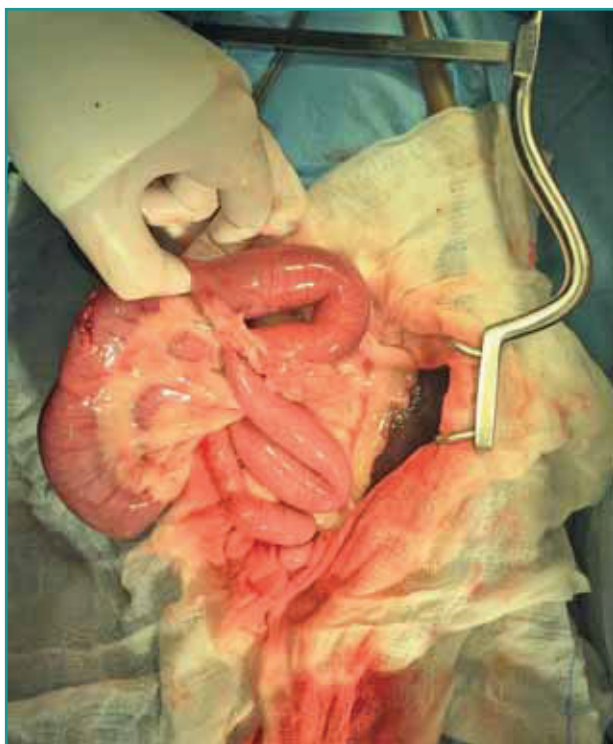


Figura 2 - Grave dilatazione diffusa delle anse del piccolo intestino di Charlie in corso di celiotomia esplorativa. Per gentile concessione del Dott. Domenico Praino, Unità Operativa di Chirurgia, Ospedale Veterinario I Portoni Rossi.

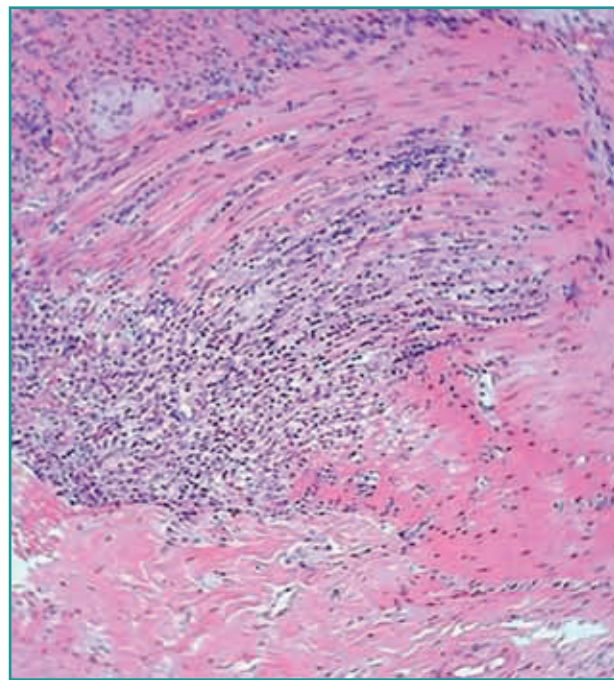


Figura 3 - Preparato istologico da campione biotico, colorazione ematossilina-eosina ingrandimento 20x: l'infiltrato infiammatorio sostituisce focalmente lo strato muscolare interno con degenerazione dei leiomiociti. Per gentile concessione del Prof. Simon Priestnall, Royal Veterinary College, London.

accompagnato da fibrosi dello strato muscolare della parete intestinale (Figura 3) compatibile con un quadro di leiomiosite cronica.

Questo aspetto istologico è tipico della pseudo-ostruzione intestinale cronica meglio nota con l'acronimo di CIPO (chronic intestinal pseudo-obstruction), una sindrome caratterizzata dalla presenza di dilatazione cronica e dismotilità in assenza di ostruzione meccanica¹. In medicina veterinaria sono descritti solo pochi *case reports*³⁻⁴ e un solo *case series*² che confermano come questa sia una patologia rara e sotto diagnosticata, caratterizzata da segni clinici aspecifici (vomito, distensione e dolore addominale), parametri di laboratorio spesso nella norma e quadri radiografici ed ecografici indicativi di distensione intestinale segmentale/diffusa, *gravel sign*, presenza di materiale amorfo endoluminale². La diagnosi è possibile solo tramite raccolta di biopsie intestinali a tutto spessore e conseguente esame istologico. La forma più comunemente descritta nel cane risulta quella di CIPO miopatica (leiomiosite) in cui il target dell'infiammazione è rappresentato dalle miofibre dello strato muscolare circolare e longitudinale esterno che vengono invase da un infiltrato di cellule mononucleate (più frequentemente linfociti T); le forme più severe e croniche sono caratterizzate da atrofia e fibrosi della tonaca muscolare che perde la sua funzione con conseguente sviluppo di ileo funzionale. La terapia d'elezione è medica e si basa sul-

la somministrazione di farmaci ad azione immunosoppressiva e procinetica; Zacuto *et al.* (2006) descrivono l'utilizzo di prednisolone e ciclosporina in associazione a metoclopramide, eritromicina e cisapride, viene inoltre riportata l'integrazione di cianocobalamina e la scelta di un'alimentazione a basso tenore di grassi. Tuttavia la risposta alla terapia medica risulta inefficace e la prognosi infausta con un elevato tasso di mortalità nel breve termine (media di 19 giorni¹); fa eccezione il gatto in cui è stato descritto un caso di CIPO associata a ganglionite enterica trattata con piridostigmina (1 mg/kg ogni 12 ore) con un follow-up a trenta mesi dalla diagnosi che confermava la risoluzione dei segni clinici⁵.

Charlie è stato gestito mediante l'applicazione di un sondino esofagostomico per garantire un adeguato apporto nutrizionale, è stato sottoposto a terapia immunosoppressiva con prednisolone al dosaggio di 2 mg/kg ogni

24 ore e ciclosporina al dosaggio di 5 mg/kg ogni 12 ore, tuttavia a causa del peggioramento delle condizioni cliniche è stato sottoposto ad eutanasia compassionevole dopo 8 giorni dall'inizio della terapia.

BIBLIOGRAFIA

1. Hall EJ. Small Intestine. In: Washabau RJ, Day MJ. Ed. Canine and Feline Gastroenterology. St. Louis: Elsevier Saunders, 2012, p. 710.
2. Zacuto AC, Pesavento PA, Hill S, *et al.* Intestinal leiomyositis: a cause of chronic intestinal pseudo obstruction in 6 dogs. Journal of Veterinary Internal Medicine 30(1):132-40, 2016.
3. Couraud, L, *et al.* Intestinal pseudo-obstruction, lymphocytic leiomyositis and atrophy of the muscularis externa in a dog. Veterinary record 159(3): 86, 2006.
4. Johnson CS, *et al.* Fibrosing gastrointestinal leiomyositis as a cause of chronic intestinal pseudo-obstruction in an 8-month-old dog. Veterinary pathology 44(1): 106-109, 2007.
5. Mortier J, *et al.* Chronic intestinal pseudo-obstruction associated with enteric ganglionitis in a Persian cat. Journal of Feline Medicine and Surgery Open Reports 2.1, 2016.



Fondo Sanitario ANMVI





**Il Fondo è
senza dubbio
la migliore
copertura sanitaria
per il tuo nucleo
famigliare!**

www.fondosanitario.it

**per conoscere le condizioni
e aderire alle coperture.**



**+ OMAGGIO
SPECIALE**

KIT DI PRIMO SOCCORSO IN OMAGGIO AI NUOVI ISCRITTI 2020

QR Iscrizione 2020

