

UN CASO DI ASCESSO CRONICO ABATTERICO NEL CRICETO RUSSO

STEFANIA NEGRINI*, GIUSEPPE SPINELLA*, LAURA INGRÀ**, SIMONA VALENTINI*

Università di Bologna - Dipartimento Clinico Veterinario - Via Tolara di Sopra, 50 - 40064 Ozzano Emilia (Bologna)

*Sezione Chirurgica

**Sezione di Medicina Interna

Riassunto

Gli Autori descrivono un caso di ascesso cronico abatterico osservato in un criceto russo, focalizzando l'attenzione sugli aspetti di diagnostica collaterale.

Summary

The Authors describe a case of chronic abacterial abscess observed in a Russian hamster with particular attention for diagnostic procedures.

INTRODUZIONE

Tra le patologie osservate nella pratica clinica dei piccoli roditori, quelle cutanee rappresentano una evenienza piuttosto comune spesso correlata ad una impropria gestione dell'animale da parte del proprietario¹. La scarsa igiene delle lettiere, una alimentazione inadeguata, il sovraffollamento e la noia sono solo alcune delle cause più frequenti responsabili di patologie a carico della cute e degli annessi.

Anche quando la visita clinica risulta tempestiva, le dimensioni dei pazienti possono precludere un esame accurato ed una diagnostica collaterale approfondita.

Di seguito gli Autori descrivono un caso di ascesso cronico abatterico osservato in un criceto russo adulto, con particolare riferimento ai principi della diagnostica collaterale.

SEGNALAMENTO

Viene sottoposto alla nostra attenzione un criceto russo (*Phodopus campbelli*), femmina, di circa 2 anni, per la presenza di una grossa massa rotondeggiante (diametro 3,5-4 cm circa) localizzata a carico del torace e della regione ascellare sinistra. In considerazione delle dimensioni del soggetto, 8 cm di lunghezza per un peso di 38 grammi, la massa viene ad interessare un'ampia superficie corporea tale da impedire quasi completamente i movimenti dell'arto anteriore sinistro. La tumefazione si è formata da circa

due mesi, ma il proprietario riferisce che solo di recente ha raggiunto le dimensioni attuali. Questa situazione ha causato anche un cambiamento del normale comportamento dell'animale, che ha smesso di correre sulla ruota e di salire la scaletta della gabbia.

ESAME CLINICO

L'animale presenta uno stato generale buono; le grandi funzioni organiche sono nella norma, anche se è evidente un certo grado di disidratazione e arruffamento del pelo. Si osserva inoltre una notevole difficoltà durante la deambulazione e la prensione degli alimenti con gli arti anteriori.

La tumefazione, di dimensioni paragonabili a una noce (Foto 1) e a limiti ben definiti, si presenta indolente, non calda e di consistenza fluttuante. La cute, piuttosto tesa, mostra un'area alopecica iperemica centrale, a parete sottile rispetto alle porzioni limitrofe (Foto 2).

ESAMI COLLATERALI

Viene effettuato l'esame ecografico della massa mediante apparecchio echo-color doppler e sonda settoriale meccanica da 7,5 MHz appoggiata sulla cute in corrispondenza dell'area alopecica, previa interposizione di gel per ultrasuoni.

La formazione appare costituita da una raccolta liquida delimitata da una spessa capsula iperecogena. Il contenuto, non completamente ecoprivo, è caratterizzato dalla presenza di numerosi echi interni iperecogeni mobili e di

¹Articolo ricevuto dal Comitato di Redazione il 17/5/2001 ed accettato per pubblicazione dopo revisione il 20/6/2001.

tralci di materiale solido disomogeneo che, dalla capsula, si proiettano all'interno della cavità (Foto 3).

La centesi ecoguidata del liquido (Foto 4) consente di prelevare 5 ml di materiale purulento-emorragico (Foto 5).

L'esame citologico del liquido rivela la presenza di cellule infiammatorie, in particolare neutrofili e linfociti, immersi in una matrice proteica a piccoli granuli riferibile alle sieroproteine del trasudato. La cronicità della lesione ha indotto la degenerazione delle cellule infiammatorie e delle cellule mesenchimali fusate, provenienti dalla parete della massa, che appaiono come "ombre". I macrofagi mostrano, all'interno del citoplasma, numerosi detriti riferibili a residui cellulari e/o batterici (Foto 6, 7).

Viene emessa diagnosi di ascesso cronico con presenza di pus abatterico per morte e lisi dei germi piogeni, riscontro tipico di questo tipo di lesione^{2,3}.

A conferma della diagnosi si procede anche alla insemiazione di un terreno di coltura non selettivo per batteriologia (Muller Hinton) posto in incubazione a 37°C per 18 ore⁴. La mancata crescita di colonie batteriche conferma l'assenza di microrganismi vitali.

Non è stato possibile valutare i parametri ematici poiché la manovra di prelievo del sangue dal plesso venoso retrobulbare⁵ è stata ritenuta dal proprietario troppo traumatica per l'animale.

A seguito della centesi il volume della massa appare notevolmente diminuito consentendo l'indagine ecografica della cavità toracica. Non si osservano versamenti pleurici; l'esame echo-color doppler consente tuttavia di localizzare il cuore immediatamente al di sotto della parete toracica, contiguo cioè alla raccolta purulenta (Foto 8).

TERAPIA

Alla luce dei reperti microscopici e colturali, si esclude il trattamento farmacologico dell'ascesso mentre si consiglia il drenaggio e l'asportazione chirurgica della parete dell'ascesso.

Si propone di effettuare l'intervento in anestesia generale inalatoria somministrata mediante camera di induzione, nella prima fase, e successivamente con maschera facciale



FOTO 1 - Criceto russo, femmina, 2 anni circa. Grossa massa rotondeggiante che si estende dal torace alla regione ascellare sinistra.



FOTO 2 - Idem. Il rivestimento cutaneo della formazione mostra un'evidente area alopecica iperemica centrale.



FOTO 3 - Immagine ecografica della massa. Scansione longitudinale. Si nota una raccolta liquida capsulata non completamente coperta caratterizzata da numerosi echi interni iperecogeni e da tralci di materiale solido disomogeneo che, dalla capsula iperecogena, si proiettano all'interno della cavità.



FOTO 4 - Centesi ecoguidata. All'interno del liquido ipo-anecogeno è ben visibile l'ago come una linea iperecogena seguita da numerose riverberazioni.

collegata a un sistema a T semi-chiuso (premedicazione: atropina solfato 40 mg/kg S.C.; induzione: miscela 1:1 ossigeno-protossido d'azoto 1-2 l/min e isofluorano 3,5-4,5%; mantenimento: miscela 1:1 ossigeno-protossido d'azoto 1-2 l/min e isofluorano 1,5-3%)^{6,7,8}.

Si provvede ad informare il proprietario di tutti i rischi correlati a tale procedura sottolineando comunque che solo tale tipo di trattamento può evitare il decesso dell'animale per repentino peggioramento delle condizioni generali di salute. Il drenaggio spontaneo dell'ascesso in cavità toracica e l'intossicazione endogena da riassorbimento di cataboliti possono infatti risultare letali per questi soggetti. Pur sollecitando una tempestiva decisione, il proprietario ha rimandato di giorno in giorno l'intervento vanificando alla fine il tentativo terapeutico per decesso del paziente.

ESAME NECROSCOPICO

La massa si presenta facilmente isolabile dai tessuti circostanti tranne in un punto in corrispondenza del quale ri-

sulta talmente adesa alla cute da impedirne il distacco senza lacerare la cute stessa e la parete dell'ascesso (Foto 9). L'area di coalescenza coincide esternamente con la zona alopecica iperemica a parete sottile osservata durante la visita clinica.

Così come appariva dall'immagine ecografica, la parete dell'ascesso è caratterizzata da un notevole spessore e da una superficie interna irregolare (Foto 10).

L'esame necroscopico non ha evidenziato alterazioni macroscopiche di rilievo a carico degli organi interni (Foto 11).

DISCUSSIONE

Tra le patologie cutanee dei piccoli roditori, gli ascessi spontanei o conseguenti a ferite di vario tipo rappresentano una evenienza piuttosto frequente.

Generalmente, gli agenti causali sono rappresentati da *Pasteurella multocida*, *P. pneumotropica*, *Staphylococcus* spp. e *Streptococcus* spp.^{6,9}.

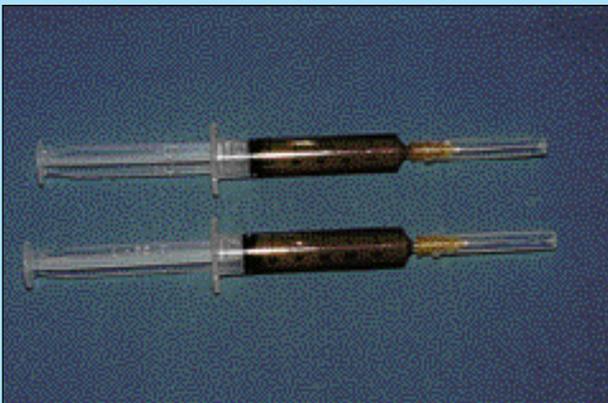


FOTO 5 - Aspetto macroscopico del liquido prelevato con centesi ecoguidata.

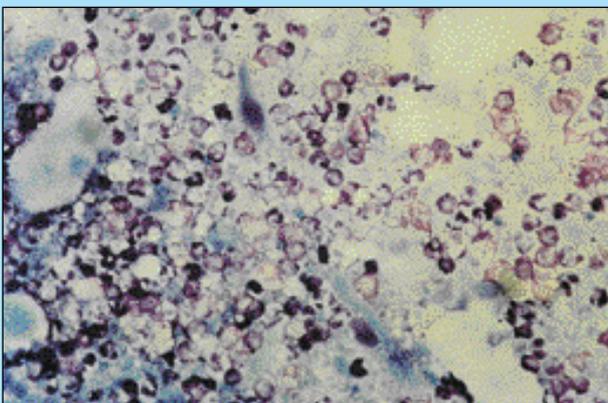


FOTO 6 - Aspetto microscopico del liquido. Colorazione con May Grunwald-Giemsa. Ingrandimento 40 x. Tappeto di cellule infiammatorie (blu scuro) immerso in una matrice proteica a piccoli granuli (rosa). Cellule mesenchimali fuse e macrofagi (azzurro).

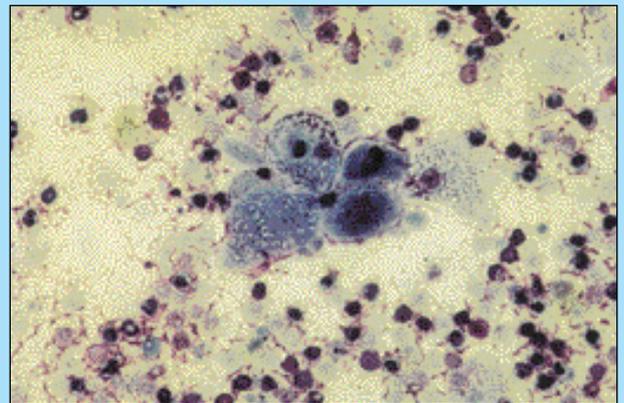


FOTO 7 - Idem. Macrofago. Si noti la presenza di detriti all'interno del citoplasma.

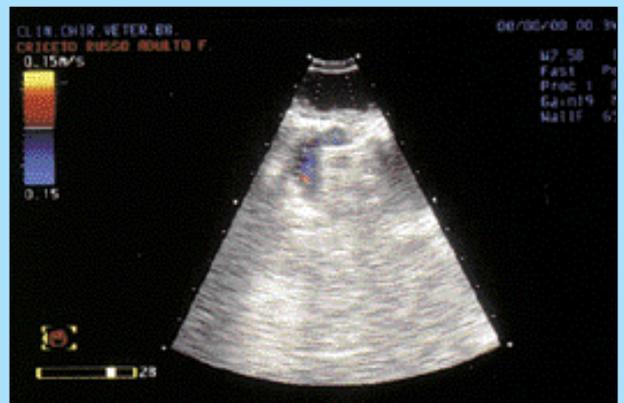


FOTO 8 - Ecografia della formazione e della cavità toracica. Scansione longitudinale. Distalmente alla raccolta liquida è possibile visualizzare la cavità toracica: in un contesto iperecogeno creato dall'aria polmonare si apprezza il cuore, immediatamente al di sotto dalla parete toracica. Non è presente versamento pleurico.



FOTO 9 - Punto di coalescenza della parete dell'ascesso alla cute dopo distacco delle due strutture. Si noti come a carico di entrambe le strutture sia presente una lacerazione circolare creata a seguito del tentativo di staccare la massa dalla cute.



FOTO 10 - Particolare della parete dell'ascesso: evidente il notevole spessore e la superficie interna irregolare.

Nel nostro caso, le caratteristiche macroscopiche della lesione suggeriscono un'origine traumatica, probabilmente attribuibile a una ferita da punta inferta al soggetto da uno degli accessori della gabbia. Viene scartata l'ipotesi di autotraumatismi non essendo state rilevate patologie organiche né riferite dal proprietario modificazioni comportamentali che potessero costituire una causa della lesione.

La presenza di pus abatterico non ha consentito di isolare il microrganismo responsabile del processo: i dati microscopici e colturali erano comunque sufficienti per escludere il solo trattamento antibiotico della lesione rendendo quindi preferibile l'intervento chirurgico.

Il decesso, da attribuire ad intossicazione endogena per riassorbimento di cataboliti, ha impedito di attuare l'unica terapia consigliabile in questa situazione.

Di fronte a questi pazienti la tempestività del trattamento terapeutico è fondamentale per una prognosi favorevole poiché le particolari condizioni fisiologiche e metaboliche li rendono particolarmente indifesi nei confronti degli



FOTO 11 - Aspetto necroscopico della massa e degli organi interni.

eventi patologici. È bene pertanto informare il proprietario che non appena si osservino i primi sintomi di malattia è importante ricorrere velocemente ad un consulto medico ed effettuare scrupolosamente la terapia consigliata.

Ringraziamenti

Il presente articolo spetta in parti uguali agli Autori. Si ringrazia il Dott. Daniele Zambelli della Sezione Ostetrico - Ginecologica del Dipartimento Clinico Veterinario (Università di Bologna) per la realizzazione delle immagini citologiche.

Parole chiave

Criceto russo, ascesso, ecografia, citologia.

Key words

Russian hamster, abscess, ultrasonography, cytology.

Bibliografia

1. Burke T.J.: Skin disorders of rodents, rabbits and ferrets. In Kirk R.W., Bonagura J.D.: Current Veterinary Therapy XI. Small Animal Practice. W.B. Saunders Company, Philadelphia, 1992.
2. Mensa A.: Patologia chirurgica veterinaria. Vol. I. UTET, Torino, 1937.
3. Marcato P.S.: Anatomia e istologia patologica generale veterinaria. Ed. Esculapio, Bologna, 1982.
4. Kraft H., Schillinger D.: Metodiche di Laboratorio in Medicina Veterinaria. Edagricole, Bologna, 1989.
5. Boussarie D.: La visita del criceto. Summa 5: 57-69, 1997.
6. Richardson V.C.G.: Diseases of Small Domestic Rodents. Blackwell Science Ltd, Oxford, 1997.
7. Hall L.W., Clarke K.W.: Veterinary Anaesthesia. 9th ed. Baillière & Tindall, London, 1991.
8. Thurmon J.C., Tranquilli W.J., Benson G.J.: Lumb & Jones' Veterinary Anaesthesia. 3rd ed. Williams & Wilkins, Baltimore, 1996.
9. Capello V.: Approccio diagnostico alle patologie cutanee del coniglio e dei piccoli roditori da compagnia. Parte seconda. Le patologie del criceto. Veterinaria 2: 79-86, 1999.