

# CORNER DIAGNOSTICO

## Diagnostica per immagini

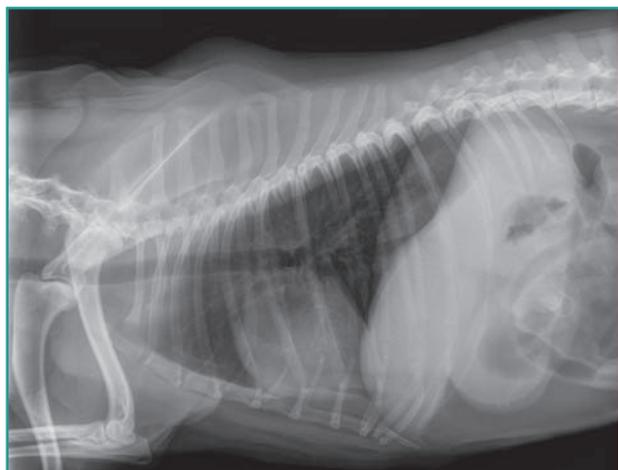


### PRESENTAZIONE CLINICA

Finn, Barboncino, maschio castrato di 10 anni e 3,4 kg, viene portato in Clinica per scialorrea acuta e per peggioramento marcato della tosse cronica da due giorni. Presenta dispnea acuta dopo un episodio di vomito occorso due ore prima. Da ieri appare anoressico. È sottoposto a profilassi vaccinale e parassitaria eseguita regolarmente. Segue una dieta casalinga formulata da un nutrizionista, in ausilio alla terapia per otiti croniche ricorrenti. Lo scorso anno è stato riscontrato un soffio mitralico II/VI, ed il veterinario referente ha prescritto pimobendan. Fino ad ora non erano segnalati sintomi associabili alla patologia cardiaca.



**Figura 1** - Proiezione radiografica latero-laterale destra del torace del paziente.



**Figura 2** - Proiezione radiografica latero-laterale sinistra del torace del paziente.

Risposte alle pagine successive

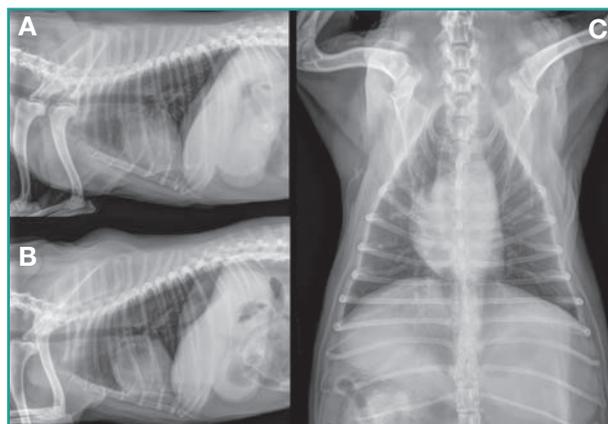
Leila Magurno, Med Vet

Giliola Spattini, Med Vet, PhD, DECVDI

Clinica Veterinaria Castellarano, Via Fuori Ponte 1/1,  
42014, Castellarano

All'esame clinico Finn si mostra vigile, timido e spaventato, presenta mucose rosee, TRC < 2", T: 39,7°C. L'esame del cavo orale è nei limiti della norma a parte per la mancanza di diversi denti (eseguita detartrasi tre mesi prima). Linfonodi periferici nei limiti della norma. Pochi colpi di tosse evocabili alla palpazione tracheale. L'auscultazione cardiopolmonare identifica un soffio olo-sistolico di II/VI di intensità sul focolaio mitralico, comparabile con il soffio riportato in anamnesi; frequenza cardiaca di 137 bpm. Difficile l'auscultazione polmonare perché il paziente trema vistosamente, frequenza respiratoria di 42 apm. Moderata tensione alla palpazione addominale, ma paziente timido e risposta non ripetibile. Profilo emato-biochimico di base nei limiti della norma.

Per escludere o confermare la diagnosi di una polmonite ab ingestis e per cercare la causa della dispnea ed indagare la patologia cardiaca, si esegue uno studio radiografico del torace (Figg. 1, 2, 3).



**Figura 3** - Proiezione laterale destra (A), sinistra (B) e dorsoventrale (C) del torace del paziente.

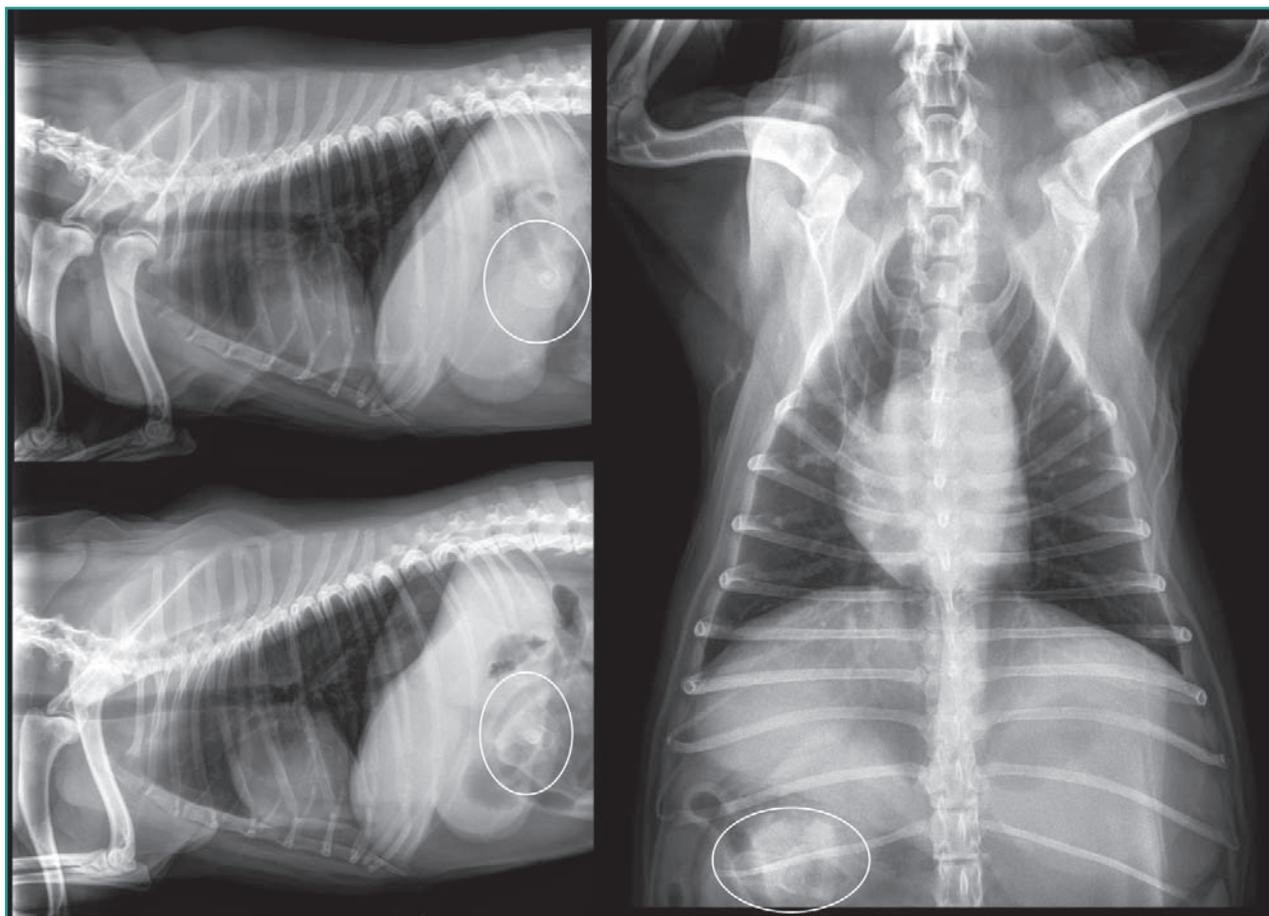
### Domande

- 1) È presente un collasso tracheale in questo paziente? Potrebbe essere la causa della dispnea?
- 2) Ci sono i segni radiografici di una polmonite ab ingestis?
- 3) Il paziente è in scompenso cardiaco?

## RISPOSTE E DISCUSSIONE

La corretta valutazione di uno studio radiografico ne prevede la lettura sistematica. Valutando la periferia dell'immagine si è notata la presenza di un corpo estraneo addominale, verosimilmente localizzato nel piccolo intestino (Fig. 4). Non è evidente distensione gastrica o del tratto intestinale prossimale causata da gas e liquido tipico delle occlusioni gastro-enteriche, ma il paziente ha vomitato da poco. Se si esegue lo studio radiografico immediatamente dopo un episodio di vomito, una occlusione del tratto gastro-enterico prossimale può avere uno studio radiografico addominale negativo.<sup>1</sup> Le radiografie del torace sono nei limiti della norma per l'età e la conformazione del paziente. Assente marcata variazione del diametro tracheale o altri segni secondari di un collasso tracheale clinicamente significativo. Non evidente cardiomegalia o ingrandimento atriale sinistro (il paziente è molto probabilmente affetto da patologia mitralica degenerativa, classificabile in classe ACVIM B1). Il parenchima polmonare è considerato nei limiti della norma per la razza e l'età del paziente e non sono presenti segni degenerativi clinicamente significativi delle strutture ossee visualizzate.

Si procede con una proiezione laterale destra dell'addome che mostra che i corpi estranei sono almeno due. Rimane il dubbio se questi siano occludenti anche se la presenza di anse del piccolo intestino di diametro diverso farebbero sospettare una possibile occlusione meccanica. (Fig. 5). Uno studio radiografico addominale deve sempre includere almeno due proiezioni ortogonali, se non tre, e la proiezione laterale sinistra, soprattutto se si sospetta un'ostruzione duodenale, è la più utile perché grazie alla redistribuzione del contenuto gassoso nello stomaco e nel piloro il corpo estraneo è meglio contrastato.<sup>2</sup> Vista la mancata collaborazione del paziente e al fine di valutare l'effettiva occlusione dei corpi estranei, si procede con una ecografia addominale.<sup>1</sup> L'ansa intestinale prossimale al corpo estraneo più craniale, appare dilatata da liquido, con riduzione della distinzione della stratificazione parietale nel punto in cui l'ansa viene dilatata dal corpo estraneo. Il mesentere circostante mostra artefatto da scattering, in genere associato a severa infiammazione. Distalmente al corpo estraneo il lume intestinale appare vuoto.<sup>1</sup> Il corpo estraneo più caudale era suddiviso in più parti e una interessava la valvola ileo-cieco-colica (Video 1, Fig. 6). L'ileo distale era di-



**Figura 4** - Immagine 3 con ottimizzazione del contrasto per evidenziare il corpo estraneo addominale visibile alla periferia dell'immagine (cerchio).



**Figura 5** - Proiezione radiografica latero-laterale destra dell'addome. All'interno dei due cerchi si evidenziano i due corpi estranei radiopachi, il più caudale apparentemente separato in due parti. Presente sondino gastrico. Alcune anse del piccolo intestino sono moderatamente distese da contenuto gassoso, altre lievemente distese. Presenti numerosi piccoli uroliti vescicali.



#### Video 1

**Il corpo estraneo suddiviso in almeno due parti è a livello della valvola ileo-cieco-colica. Una parte di silicone ha imboccato la valvola. Una seconda parte (il pezzo di tettarella), è invece ancora a livello dell'ileo distale. Non ci sono chiari segni di occlusione o di sofferenza peritoneale.**  
<https://www.scivac.it/it/v/22896/1>

steso dai corpi estranei e da materiale alimentare, ma non aveva caratteristiche occludenti. Visto che i corpi estranei intestinali occludenti creano grave infiammazione parietale e peritoneale e possono portare a necrosi della parete intestinale, perforazione e peritonite settica<sup>3</sup>, si de-



**Figura 6** - Immagine ecografica dei due corpi estranei distali. Il pezzo di silicone probabilmente parte del manico e la tettarella si distinguono distintamente grazie alle caratteristiche ecografiche del silicone.

cide per una rimozione chirurgica dei corpi estranei che risultano essere porzioni di due ciucci in silicone. Il paziente smette immediatamente la scialorrea, rimane anorettico per 36 ore, per poi recuperare appetito e vitalità. La tosse migliora decisamente dopo la chirurgia, probabilmente anche grazie alla terapia peri-operatoria. Il paziente viene dimesso tre giorni dopo la chirurgia. In casa ci sono due gemelli di 15 mesi.

## BIBLIOGRAFIA

1. Sharma A, Thompson MS, Scrivani PV *et al.* Comparison of radiography and ultrasonography for diagnosing small-intestinal mechanical obstruction in vomiting dogs. *Veterinary Radiology & Ultrasound*, 52: 248-255, 2011.
2. Hart DV, Berry CR. Initial influence of right versus left lateral recumbency on the radiographic finding of duodenal gas on subsequent survey ventrodorsal projections of the canine abdomen. *Veterinary radiology & Ultrasound*, 56: 12-17, 2015.
3. Hayes G. Gastrointestinal foreign bodies in dogs and cats: a retrospective study of 208 cases. *Journal of Small Animal Practice*, 50: 576-583, 2009.