

AIVPA

N. 1/2015

ISSN 2281-0927

JOURNAL

Italian Journal
of Companion Animal Practice



AIVPA

ASSOCIAZIONE
ITALIANA
VETERINARI
PICCOLI
ANIMALI

 Grafostil
EDITRICE



in caso di...

Stenosi esofagea nel cane

Deborah Cattaneo, Veronica Marchetti*, Matteo Cerquetella**

Libera Professionista, Milano e collaboratrice presso la Clinica Veterinaria Malpensa – Samarate (Varese)

**Dipartimento di Scienze veterinarie, Univ di Pisa*

***Scuola di Bioscienze e Medicina Veterinaria, Università degli Studi di Camerino*

Lo spunto di discussione nasce dal primo evento organizzato dal neonato Gruppo di studio di Gastroenterologia di AIVPA.

Il giorno 23 novembre 2014 si è infatti svolto a Pisa il Seminario dal titolo: "Patologie dell'apparato digerente: discussione di casi clinici interattivi" organizzato dal Gruppo di studio di Gastroenterologia di AIVPA, con il patrocinio della Scuola di Bioscienze e Medicina Veterinaria, Università degli Studi di Camerino, dell'Università di Pisa e dell'Ordine dei Medici Veterinari della Provincia di Livorno. Erano presenti come relatori il Dott. Matteo Cerquetella, Ricercatore Universitario in Clinica Medica Veterinaria, Scuola di Bioscienze e Medicina Veterinaria, Università degli Studi di Camerino, U.O. Osp. Veterinario Universitario Didattico e coordinatore nazionale del Gruppo di studio di Gastroenterologia, la Dott.ssa Veronica Marchetti, Ricercatore Dip.to di Clinica Veterinaria, Osp. Veterinario Didattico "Mario Modenato", Università di Pisa, la Dott.ssa Deborah Cattaneo, Libera Professionista, Milano e collaboratrice presso la Clinica Veterinaria Malpensa – Samarate (Varese) ed il Dott. Ugo Lotti, Libero Professionista presso la Clinica Veterinaria "Valdinievole", Monsummano Terme. Adottando un format basato sul costante confronto con la platea, i relatori si sono alternati nella discussione di vari casi clinici, approfondendo, di volta in volta, aspetti differenti inerenti la gastroenterologia quali l'endoscopia, l'ecografia e la diagnostica di laboratorio, affrontando anche forme di enteropatie quali quelle rispondenti alla dieta o agli antibiotici. Come accennato, la giornata si è svolta seguendo le linee guida definite al momento della fondazione del gruppo che vuol rappresentare un punto di incontro tra Colleghi interessati alla gastroenterologia, un gruppo in cui scambiare le proprie esperienze al fine di una crescita comune. Nel 2015 il Gruppo sarà presente al Congresso Multisala di aprile a Bologna, che avrà come tema principale la Terapia Veterinaria, con una giornata dal titolo "Nuovi concetti terapeutici in Gastroenterologia" e si farà promotore di altre giornate di aggiornamento/confronto, tra cui anche un corso di: "Gastroenterologia endoscopica". Tra i casi clinici discussi vi è stato quello di un cane Bull Terrier, femmina, di 4 anni di età, che veniva riferita per la presenza da circa 2 mesi di costane disfagia, nonché di rigurgito e vomito di schiuma biancastra frammista a cibo, sia indigerito che parzialmente digerito, ad ogni pasto. Non venivano riportate alterazioni della defecazione ma solo occasionali episodi di flatulenza associati a borborigmi aumentati. L'anamnesi riferiva inoltre che circa 2 mesi prima il paziente era stato sottoposto ad enterectomia in seguito ad una perforazione intestinale da

corpo estraneo lineare e circa una settimana dopo a revisione chirurgica per deiscenza della sutura e sepsi peritoneale. Veniva inoltre segnalato che un esame ecografico addominale eseguito di recente non aveva evidenziato alterazioni di rilievo. All'esame clinico non si rilevavano segni particolari, e non si evocava alcuna dolorabilità alla palpazione addominale; lo stato di nutrizione era buono. Venivano quindi eseguiti un profilo ematobiochimico di base ed uno studio radiografico in bianco del torace, entrambi negativi. Si decideva pertanto di sottoporre il paziente ad endoscopia digestiva (fibrogastroscoopia Pentax 9,8mm Ø, canale operativo 2,8mm, lunghezza operativa 105cm) che permetteva di evidenziare una moderata esofagite dei tratti cervicale ed intratoracico craniale associata a grave stenosi anulare (lume circa 6 mm) distalmente alla base del cuore (Fig. 1). Si procedeva quindi a dilatazione meccanica progressiva mediante dilatatori pneumatici ("balloon") di 8cm di lunghezza ma diametro progressivo da 12, 16 e 20mm (Hobbs Medical Inc. inflated balloon OTW); venivano effettuate 3 dilatazioni successive nella stessa seduta, intervallate da monitoraggio endoscopico della sede di pressione. La dilatazione della stenosi consentiva la visualizzazione della porzione esofagea distale dove si evidenziavano altre lesioni semilunari fibrotiche restringenti il lume seppur in misura minore rispetto alla prima (Fig. 2). Il cardias appariva modicamente beante ed in sede gastrica si riscontravano numerosi corpi estranei di natura plastica di forma irregolare e a margini frastagliati, cui si associava una moderata iperemia diffusa della mucosa (Fig. 3). Alla luce di tale reperto si decideva di procedere con la rimozione endoscopica dei corpi estranei facendo particolare attenzione nel limitare l'azione traumatica sulla mucosa esofagea, in particolare a livello della sede di dilatazione. In considerazione della numerosità dei corpi estranei e del rischio di lesioni tissutali correlate al loro passaggio durante la rimozione, si decideva di rimuoverne solo una parte nella prima seduta. Dopo un ricovero di 48 ore caratterizzato da digiuno assoluto per le prime 24 ore ed una successiva graduale ripresa dell'alimentazione, il paziente veniva dimesso prevedendo una terapia medica, già iniziata, a base di pantoprazolo (1 mg/kg, ogni 24 ore, prima per via endovenosa poi per via orale), sucralfato (100 mg/kg, ogni 8 ore, per via orale) e l'associazione amoxicillina – ac. clavulanico (25mg/kg, ogni 12 ore, prima per via intramuscolare poi per via orale). Si raccomandava inoltre una dieta casalinga monoproteica di consistenza morbida da somministrare in 5 pasti giornalieri. Ad una settimana dalla prima seduta si effettuava il controllo endoscopico che mostrava una buona cicatrizzazione delle lesioni indotte con la dilatazione, solo a



Fig. 1



Fig. 2



Fig. 3

tratti riconoscibili come lesioni esuberanti ma di forma lineare e ad andamento longitudinale (Fig. 4). Si procedeva quindi alla rimozione dei corpi estranei rimanenti. Infine, veniva eseguita una terza seduta, sempre ad una settimana di distanza, che consentiva di evidenziare la completa guarigione della mucosa esofagea, dove tuttavia apparivano evidenti i segni della cicatrizzazione, con un buon recupero dell'elasticità tissutale e delle dimensioni luminali (Fig. 5). Si sospendeva la terapia antibiotica, mentre si decideva di mantenere per altre 2 settimane la somministrazione di pantoprazolo e di protrarre per un intero mese quella di sucralfato. Alla presentazione del caso clinico seguiva una vivace discussione tra gli intervenuti riguardo al fatto che le stenosi esofagee acquisite benigne, pur non essendo patologie di frequente riscontro, rappresentano le forme di stenosi più frequentemente rinvenute nel cane e nel gatto, e sono spesso associate a processi flogistici conseguenti al reflusso gastroesofageo in condizioni di anestesia generale, o ad esempio al



Fig. 4



Fig. 5

passaggio di corpi estranei^(1,2,3,4,5,6), come è verosimilmente accaduto nel presente caso. Non va comunque sottovalutato il ruolo di eventuali fenomeni di reflusso intraoperatorio occorsi durante gli interventi chirurgici cui il paziente era stato inizialmente sottoposto, nonché degli episodi di rigurgito/vomito riferiti in anamnesi. Altro spunto di riflessione è stato rappresentato dalla scelta di rimuovere per via endoscopica, e non chirurgicamente, i corpi estranei, entrambe opzioni possibili, ma con tempi di recupero decisamente non sovrapponibili e da valutare pertanto attentamente caso per caso, insieme alle altre opzioni terapeutico/gestionali. Nella fattispecie, pur essendo presenti restringimenti multipli, si sono rese necessarie una sola seduta di dilatazione e due sedute di rimozione dei corpi estranei, con immediato recupero del paziente. Infine, in relazione al protocollo terapeutico associato nel presente caso e più generale da associare alla dilatazione meccanica, si è parlato del ruolo di altri farmaci quali ad esempio degli antinfiammatori steroidei da applicare sia localmente che per via sistemica, etc., nonché di altre opzioni terapeutiche quali il bougienage, il laser e l'utilizzo di stents.

BIBLIOGRAFIA/LETTURE CONSIGLIATE

1. Adamama-Moraitou K.K., Rallis T.S., Prassinou N.N., Galatos A.D.: Benign esophageal stricture in the dog and cat: A retrospective study of 20 cases. *The Canadian Journal of Veterinary Research*, 2002, 66, 55-59.
2. Bissett S.A., Davis J., Subler K., Degernes L.A.: Risk factors and outcome of bougienage for treatment of benign esophageal strictures in dogs and cats: 28 cases (1995-2004). *Journal of the American Veterinary Medical Association*, 2009, 235, 844-850.
3. Bottero E.: Patologia ostruttiva. In: *Gastroenterologia del cane e del gatto*, Poletto editore srl, Milano 2013.
4. Fraune C., Gaschen F., Ryan K.: Intralesional corticosteroid injection in addition to endoscopic balloon dilation in a dog with benign oesophageal strictures. *Journal of Small Animal Practice*, 2009, 50, 550-553.
5. Lam N., Weisse C., Berent A., Kaae J., Murphy S., Radlinsky M., Richter K., Dunn M., Gingerich K.: Esophageal Stenting for Treatment of Refractory Benign Esophageal Strictures in Dogs. *Journal of Veterinary Internal Medicine*, 2013, 27, 1064-1070.
6. Leib M.S., Dinnel H., Ward D.L., Reimer M.E., Towell T.L., Monroe W.E.: Endoscopic Balloon Dilation of Benign Esophageal Strictures in Dogs and Cats. *Journal of Veterinary Internal Medicine*, 2001, 15, 547-552.