

# Rigurgito & Vomito # 1



Corso di Clinica Medica, Terapia e Radiologia  
*prof. Alessandro ZOTTI*

# Rigurgito & Vomito: *Definizioni*

***Rigurgito:*** espulsione passiva di cibo o liquidi dall'esofago o dallo stomaco non preceduto da ipersalivazione, conati o contrazioni addominali

***Vomito:*** espulsione di cibo o liquidi dal tratto gastro-enterico (stomaco o duodeno) per riflesso centrale.

Preceduto da ipersalivazione, conati e contrazioni addominali.





## Principali cause di Rigurgito

*Megaesofago o dismotilità esofagea.*

- **Disturbi esofagei:** Megaesofago (primario o secondario), Esofagite, Ostruzioni esofagee (restringimenti, CE, anomalie degli anelli vascolari, neoplasie)
- **Disturbi funzionalità alimentare:** Ostruzione pilorica, ernia iatale, intussuscezione gastro-esofagea
- **Disturbi neurologici:** alterazioni del SNC, neuropatie periferiche, disautonomia felina
- **Disturbi neuromuscolari:** miasthenia gravis, botulismo, tetano, intossicazione da anticolinesterasici (organofosforici)
- **Disturbi infettivi:** spirocercosi.
- **Disturbi immunitari:** LES, polimiosite, dermatomiosite
- **Disturbi endocrini:** ipotiroidismo, ipoadrenocorticismo



# Rigurgito

## *Segni Clinici*

Il rigurgito può insorgere immediatamente dopo il pasto oppure diverse ore dopo. Poiché le ingesta possono derivare dall'esofago o dallo stomaco la loro consistenza/aspetto potrà variare da cibo indigerito o digerito a liquido chiaro e schiumoso.

**Materiale biliare (giallo-verdastro) di solito non è associato al rigurgito.**

Segni sistemici di malattia associati al rigurgito (*megaesofago*) possono includere  
1) polifagia e 2) perdita di peso

Dispnea, tosse e febbre sono osservabili in corso di polmonite *ab ingestis*



# Approccio clinico all'animale con rigurgito

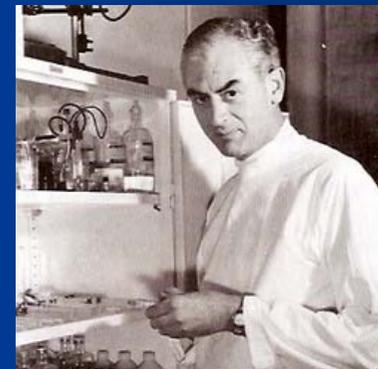
*Esame Fisico*

**Stato di nutrizione e tonicità muscolare**

**Stato del sensorio**

**Auscultazione del torace per valutare la presenza di polmonite**

**Verificare deficit neurologici o neuromuscolari**



# Approccio clinico all'animale con rigurgito

## *Diagnostica collaterale*

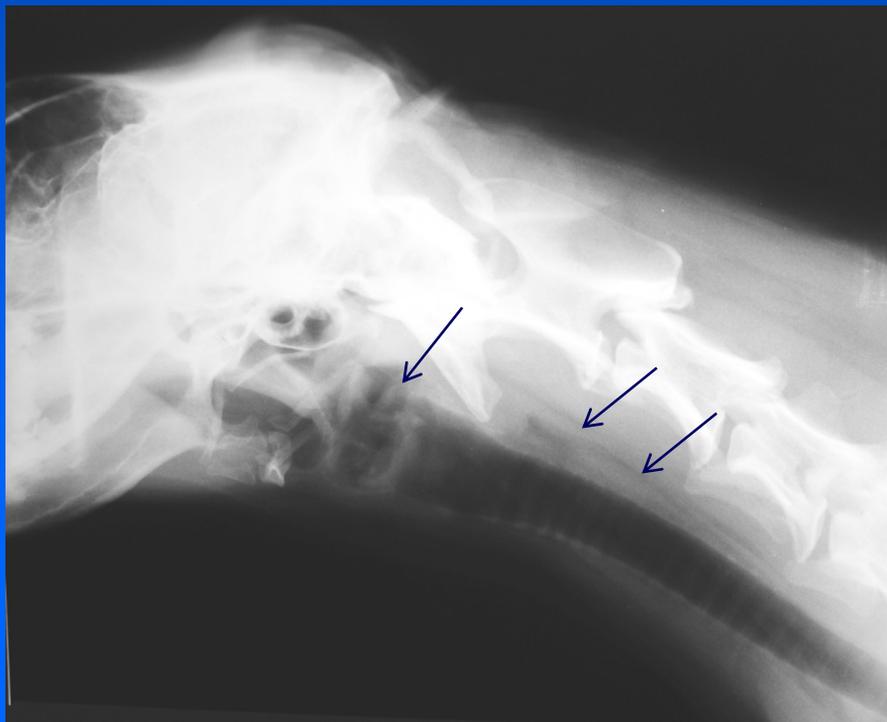
**Esami di laboratorio:** profilo ematobiochimico, esame urine, esame feci, profilo tiroideo, test di stimolazione con ACTH, Test Ab ACH-receptor, titolo Ab-Antinucleo (ANA).

**Diagnostica per immagini:** RX/TC collo, torace, porzione craniale addome; esofagografia, esofagoscopia (IB)

**Esame endoscopico:** esofago-gastroscopia

# Esofago: anatomia radiografica

Corre dorsalmente alla trachea fino alla metà caudale del collo quando si sposta a sinistra della trachea e attraversa, in questa posizione, l'apertura craniale del torace.....



# Esofago: anatomia radiografica

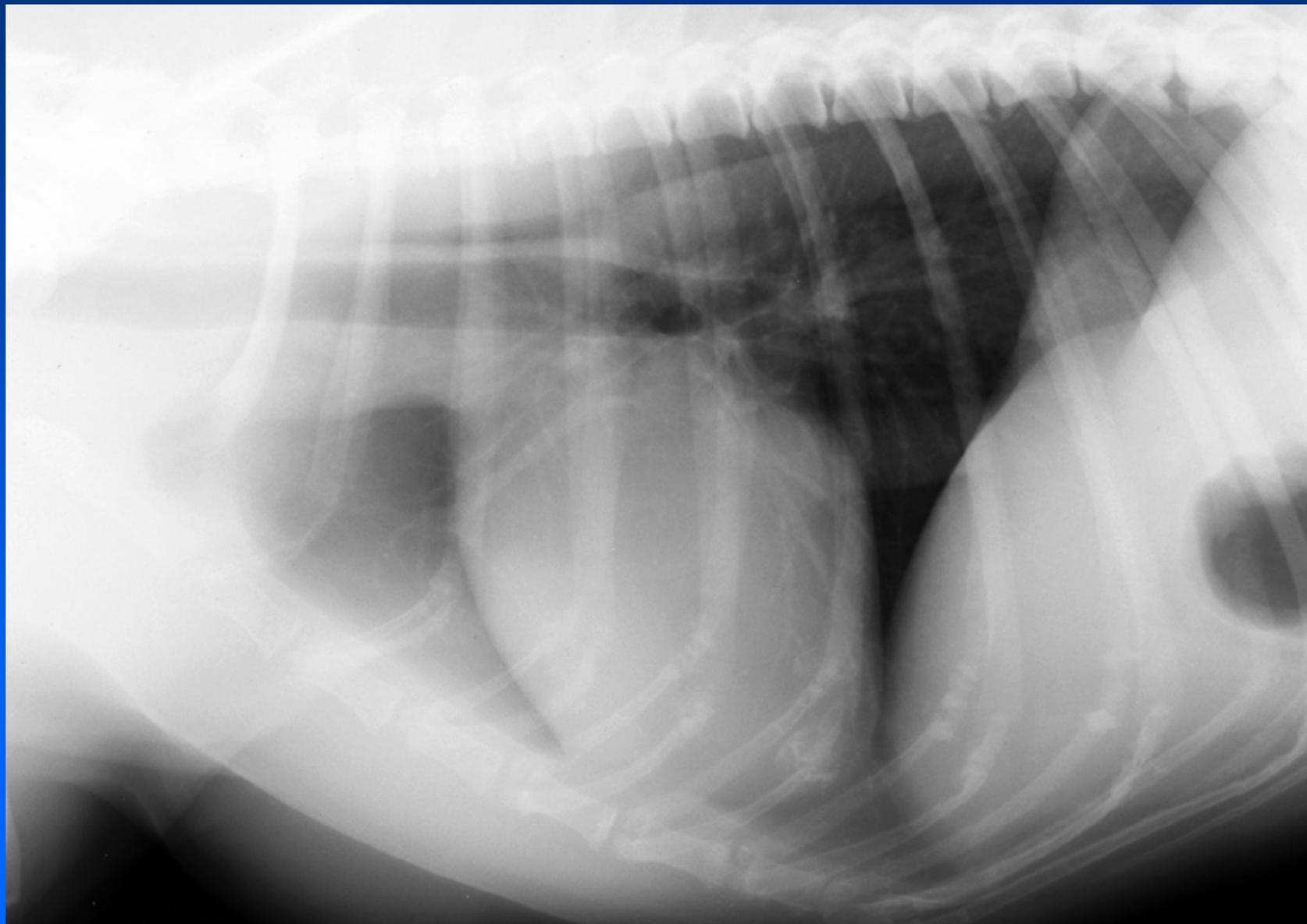
- .. a livello di mediastino craniale ritorna dorsale e supera la base del cuore a dx dell'aorta.



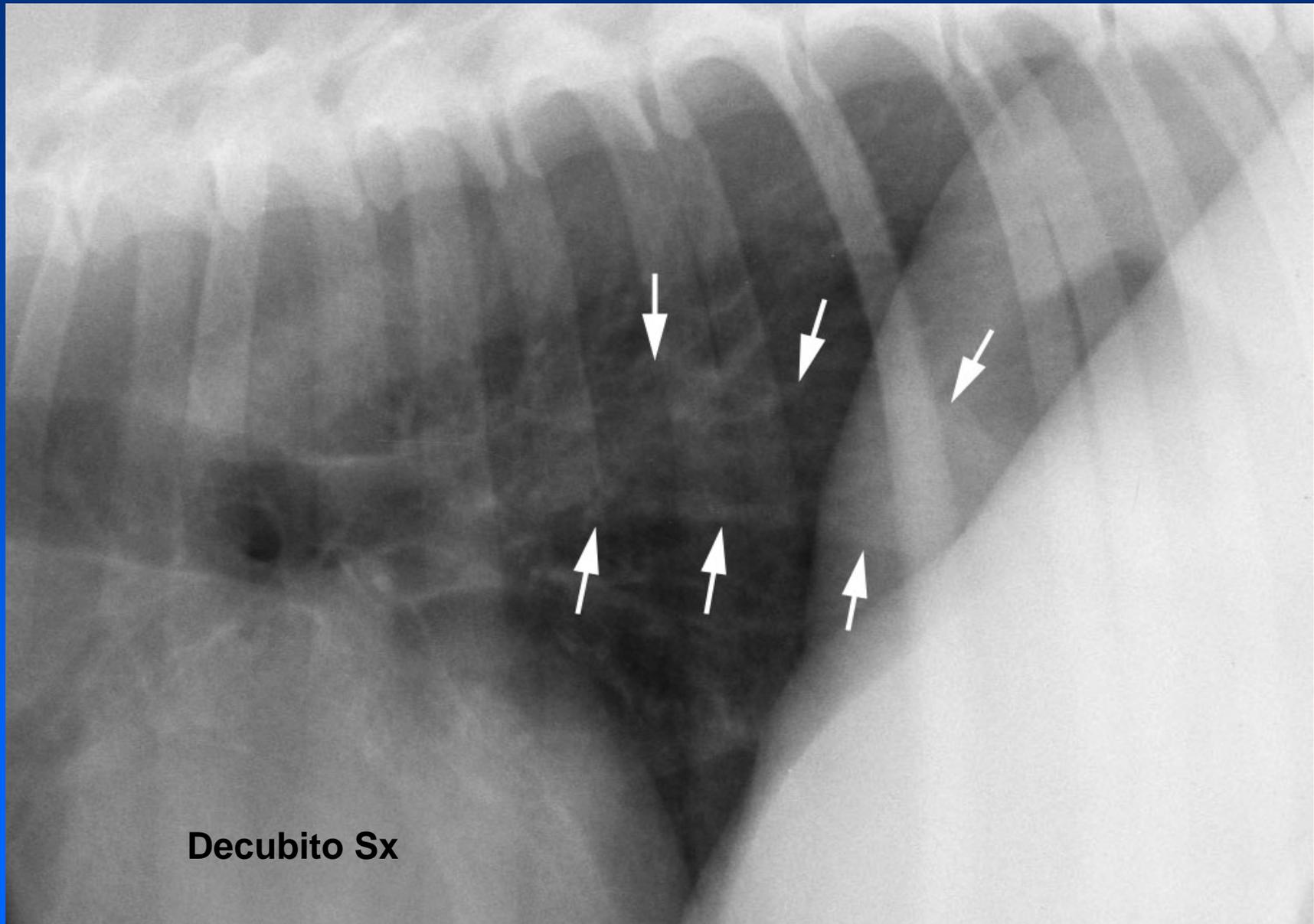
# Esofago: anatomia radiografica

- In condizioni fisiologiche è difficilmente osservabile a meno che l'animale non abbia deglutito un bolo d'aria.
- Occasionalmente è osservabile la porzione caudale come una poco definita opacità di tessuto molle dorsale alla vena cava caudale (generalmente in decubito sx).

# Cane - esofago normale

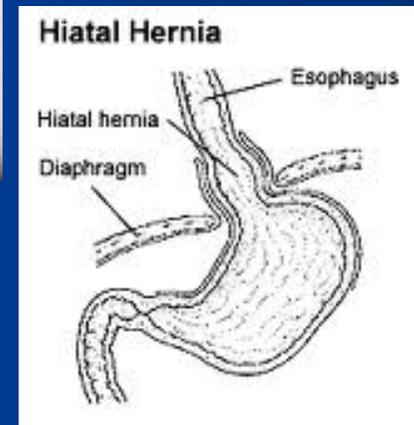


# Cane – esofago normale: particolare



# Megaesofago generalizzato: eziologia

## Megaesofago transitorio:



- Sedazione o anestesia
- Esofagite
- **Ernia iatale ricorrente** (in realtà il megaesofago diviene generalizzato in conseguenza dell'esofagite da reflusso dovuta all'ernia)
- **Vomito cronico** (idem)

## Megaesofago generalizzato: eziologia



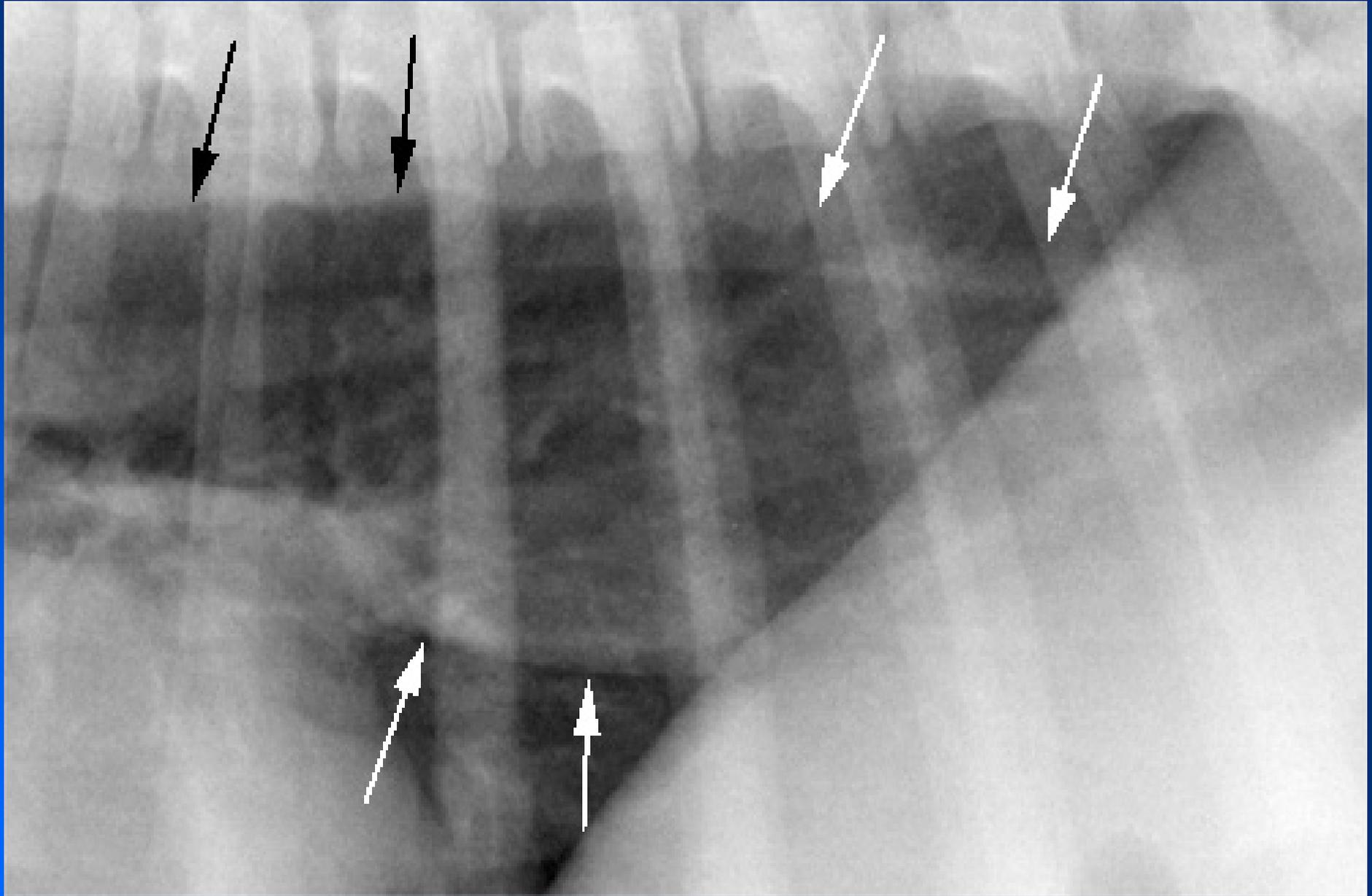
### Megaesofago congenito:

- Ereditario o predisposizione familiare (PT, Labrador, Alano, Setter Irlandese ecc..).
- Anomalie dell'anello vascolare

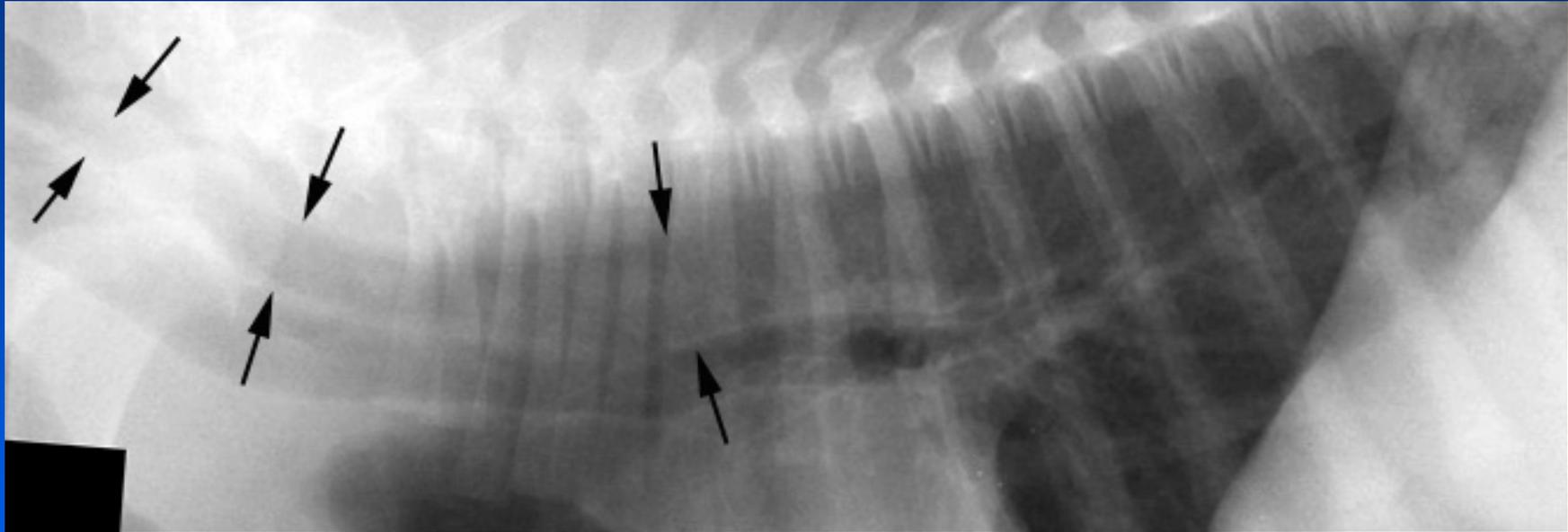
# Megaesofago congenito



## Cane – Megaesofago: particolare



## Cane – Megaesofago: particolare



*“Tracheo-oesophageal stripe sign”*

Banda radiopaca risultante dalla sovrapposizione della parete ventrale esofagea sulla parete dorsale tracheale

## Esofagografia: mezzi di contrasto

- Pasta di Bario (113% P/V – pericolo aspirazione)
- Soluzione di bario (40-60% P/V) – 0,5-1 ml/kg PV
- “*Barium Burger*” – esame funzionale p.d.\*

1/4 parte soluzione (40-60% P/V)/ 3/4 parte di crocchette

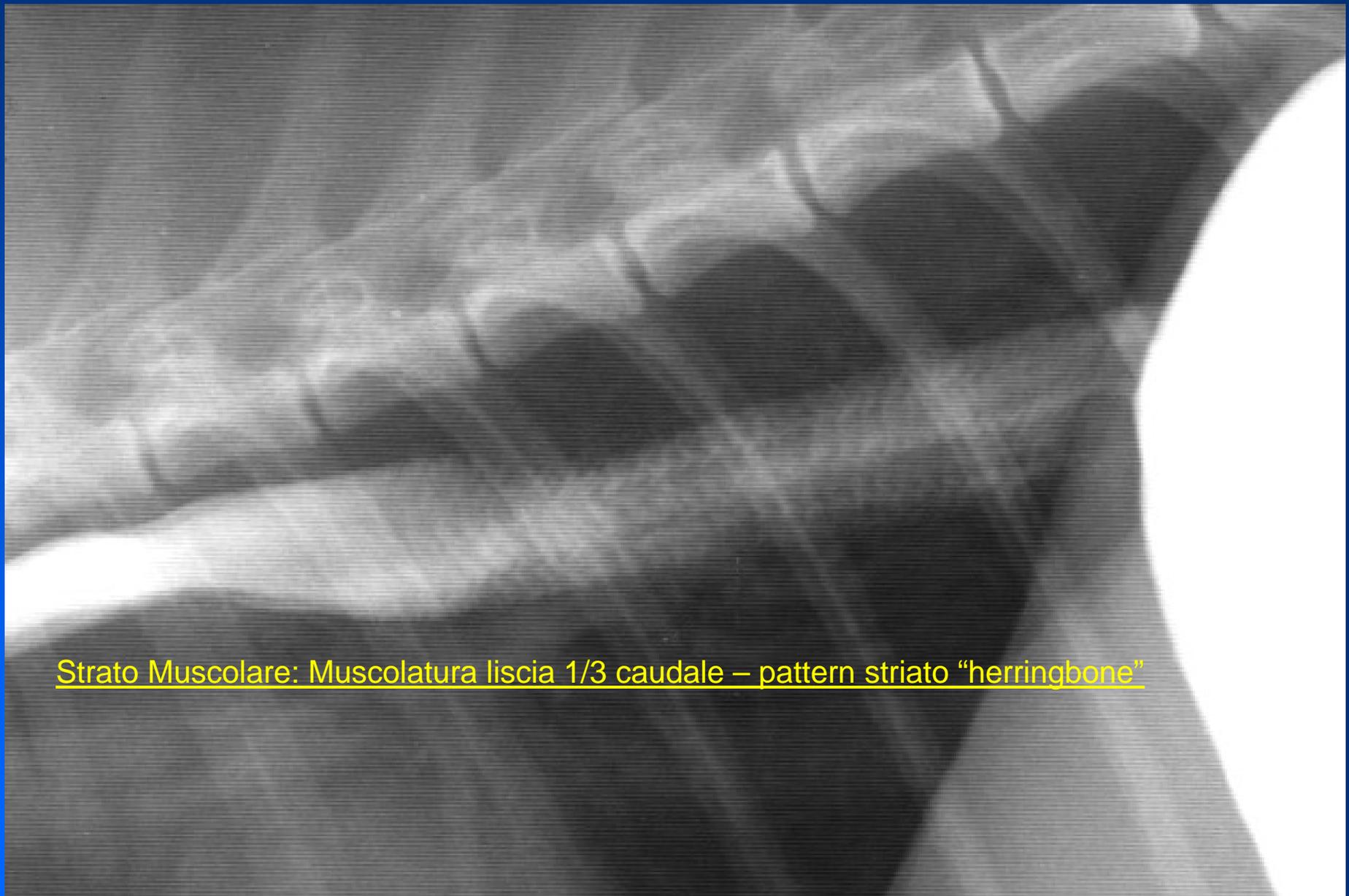
*\*Per dimostrare restringimenti, dilatazioni o disordini funzionali (di motilità)*

- Mezzi di contrasto iodati idrosolubili non ionici – 5-15 ml diluiti in acqua al 50%
- No reazioni granulomatose mediastiniche da bario - Sospette lacerazioni

## Cane – esofagografia normale



## Gatto – esofagografia normale



Strato Muscolare: Muscolatura liscia 1/3 caudale – pattern striato “herringbone”

# Cane – Megaesofago: esofagografía



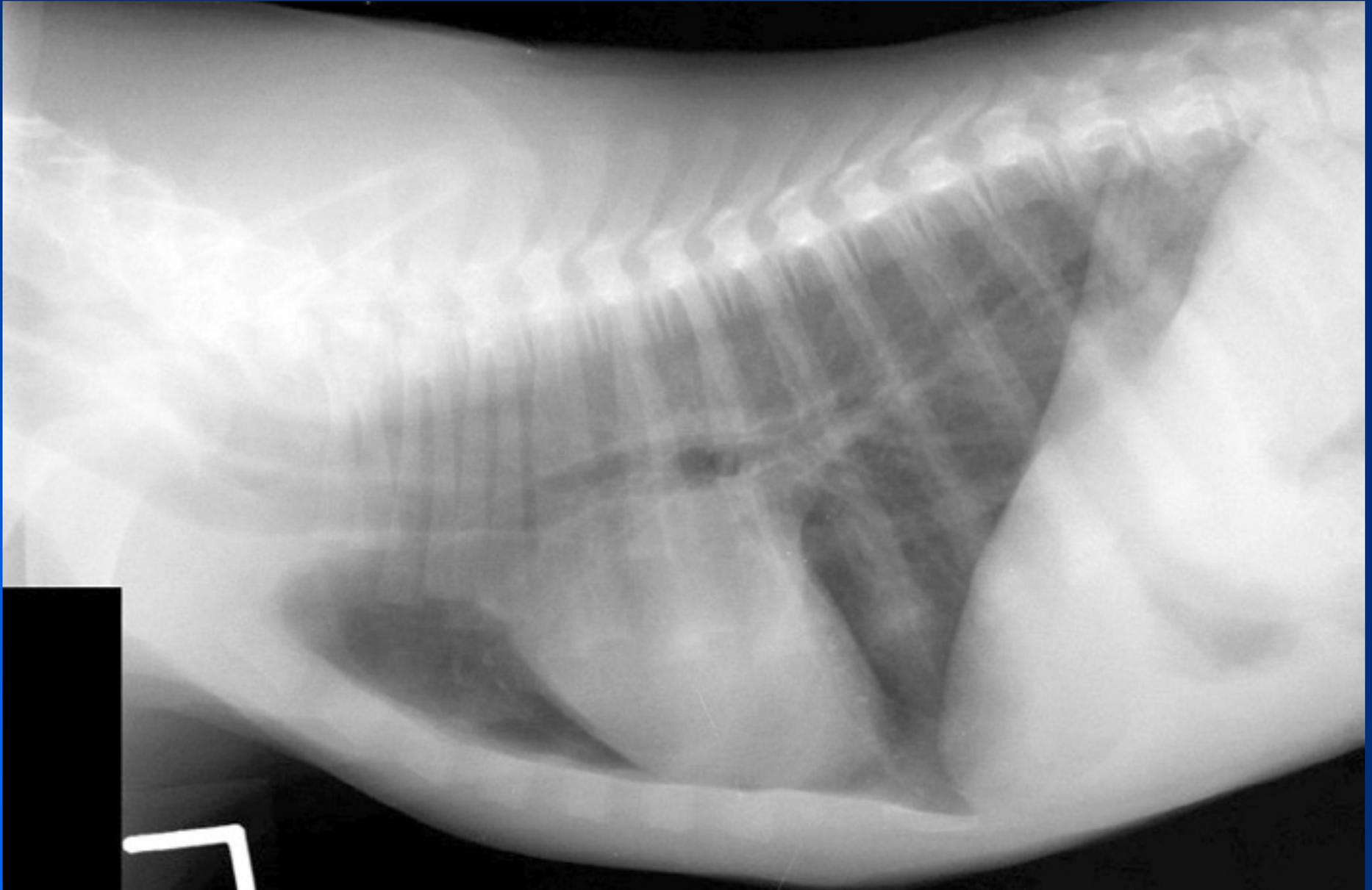
# **Anomalie degli anelli vascolari**

- Persistente Arco Aortico DX (PAAD, 95% dei casi)
- Arco Aortico doppio (con compressione tracheale e tosse/dispnea)
- Arco Aortico DX con aberrante arteria Succlavia DX
- Aorta normale con aberrante arteria Succlavia DX

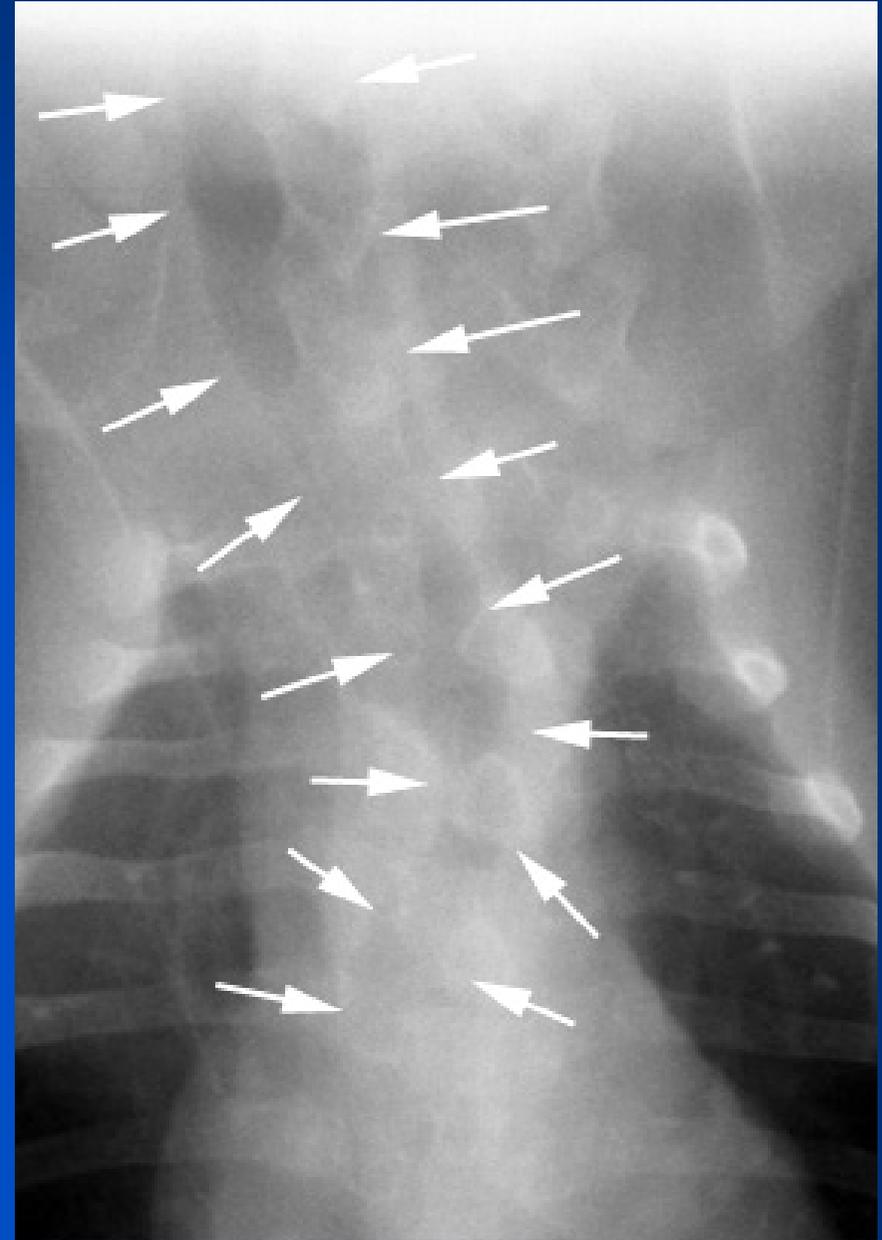
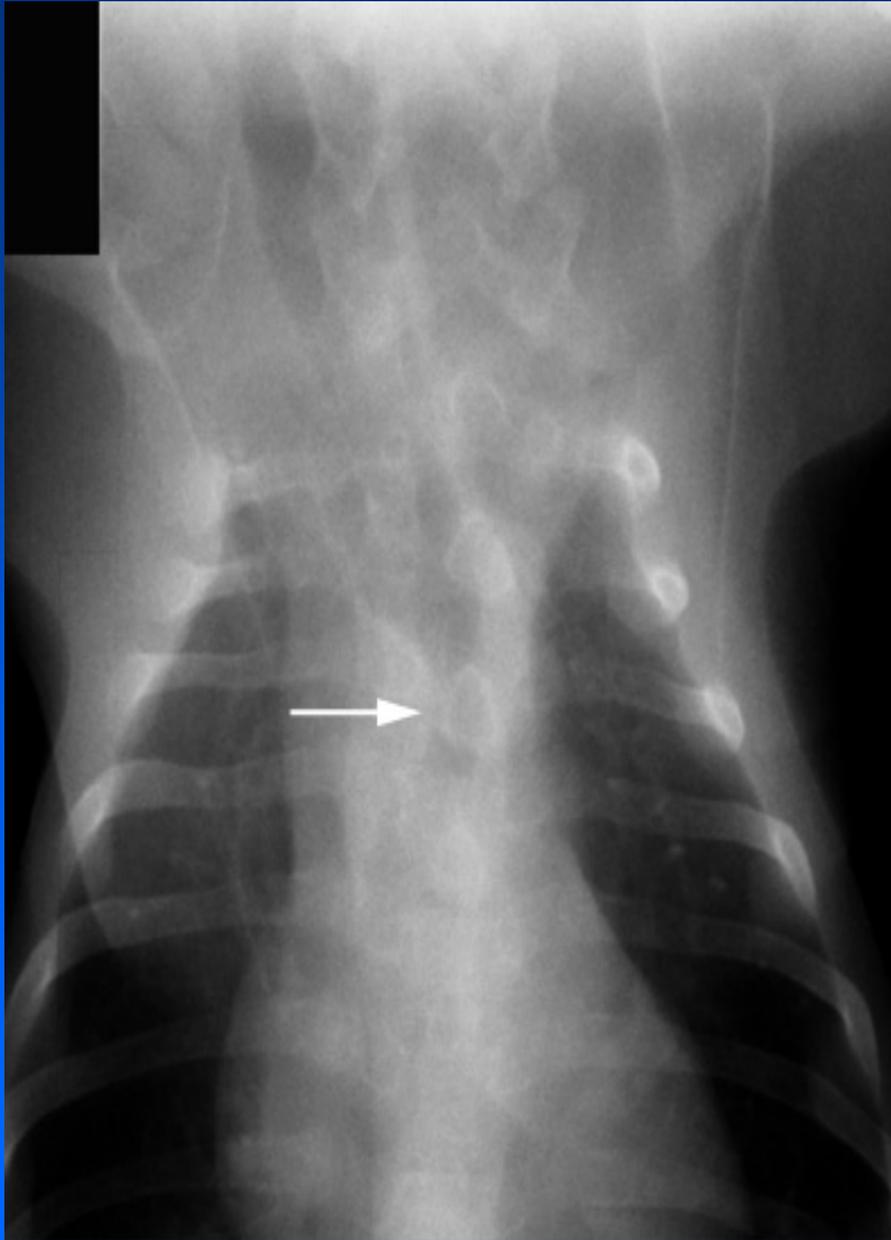
Dennis R., 2001

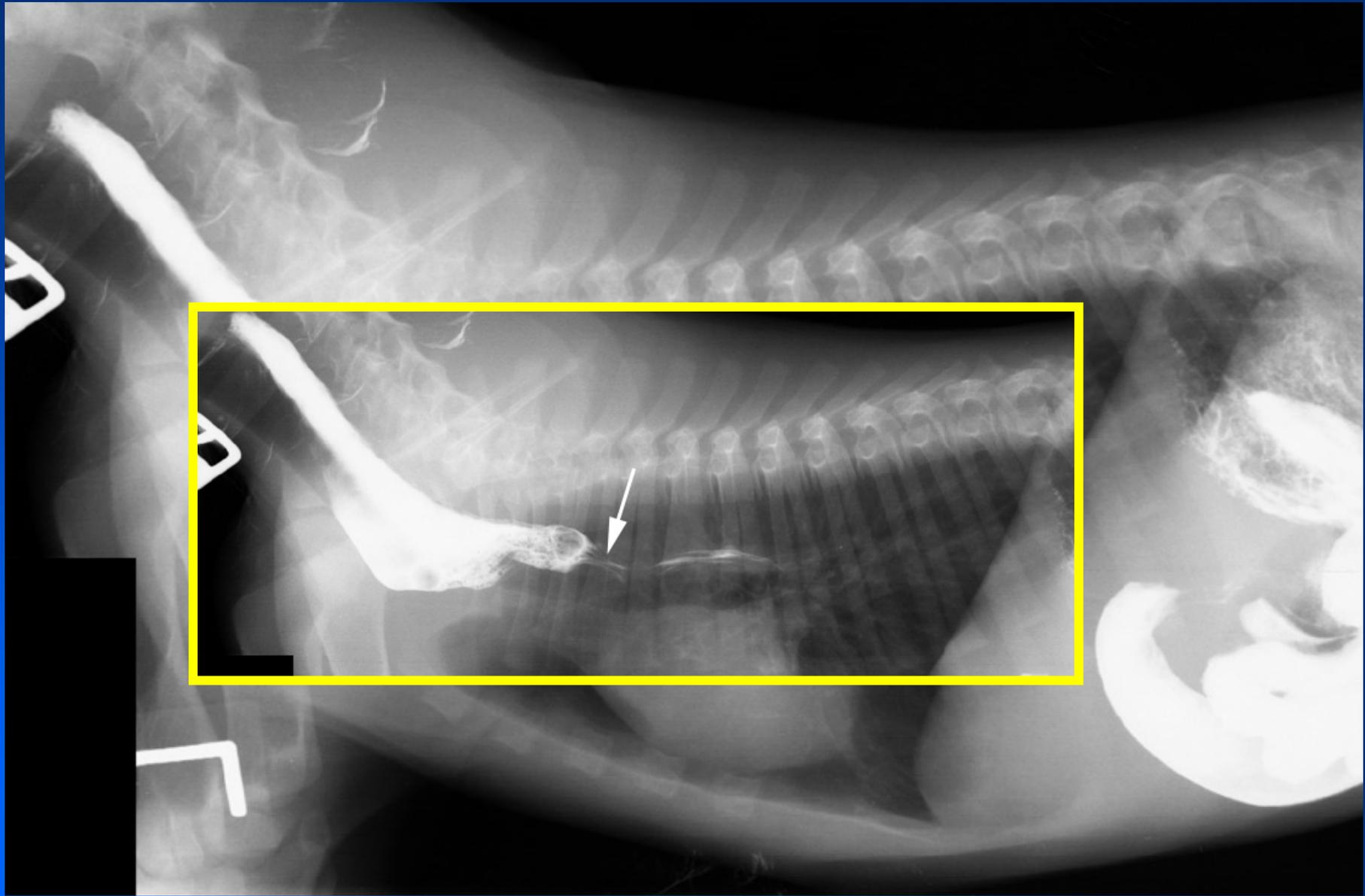
***I difetti vascolari congeniti non sono solo un problema cardio-vascolare.....***

# Cucciolo PT

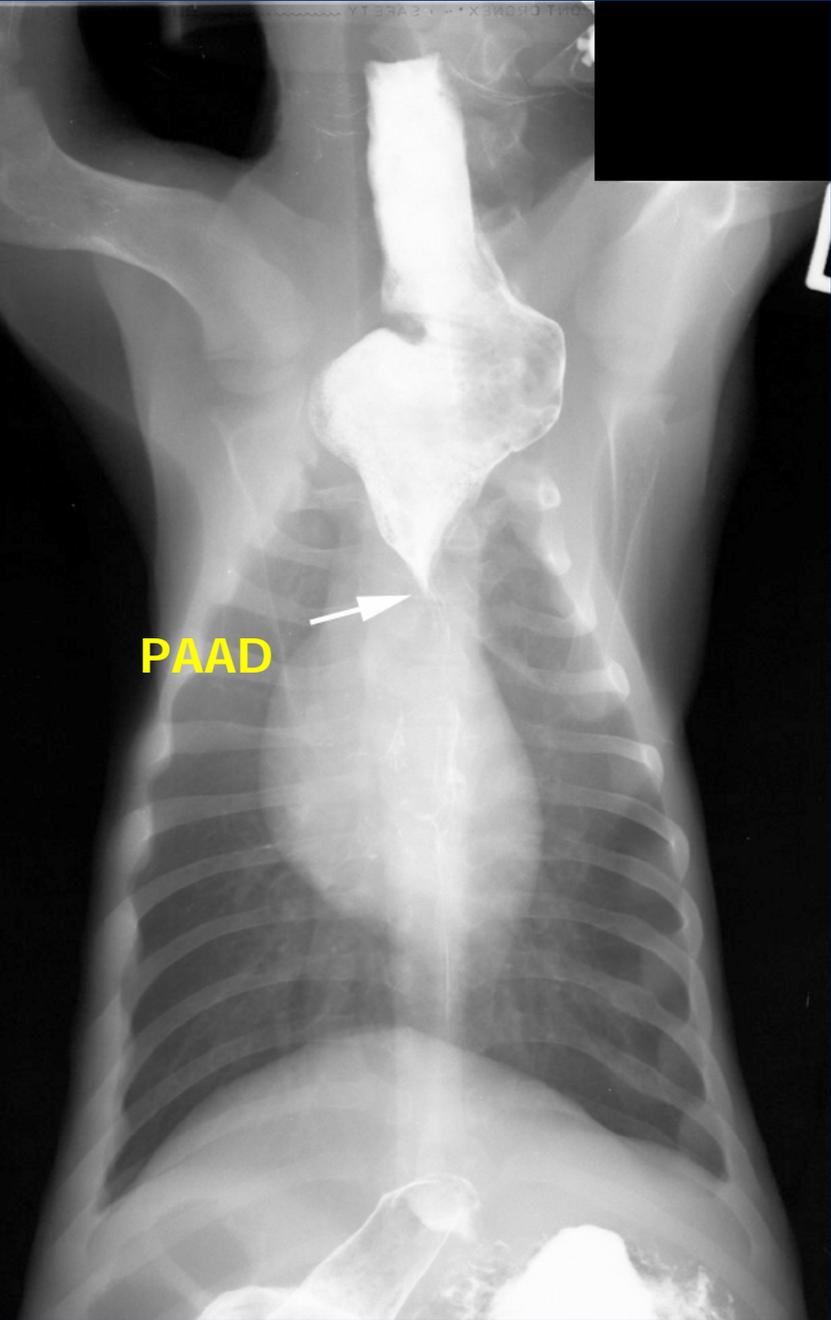


# Shift mediastinico





**Stenosi tra il IV ed il VI spazio i.c.**

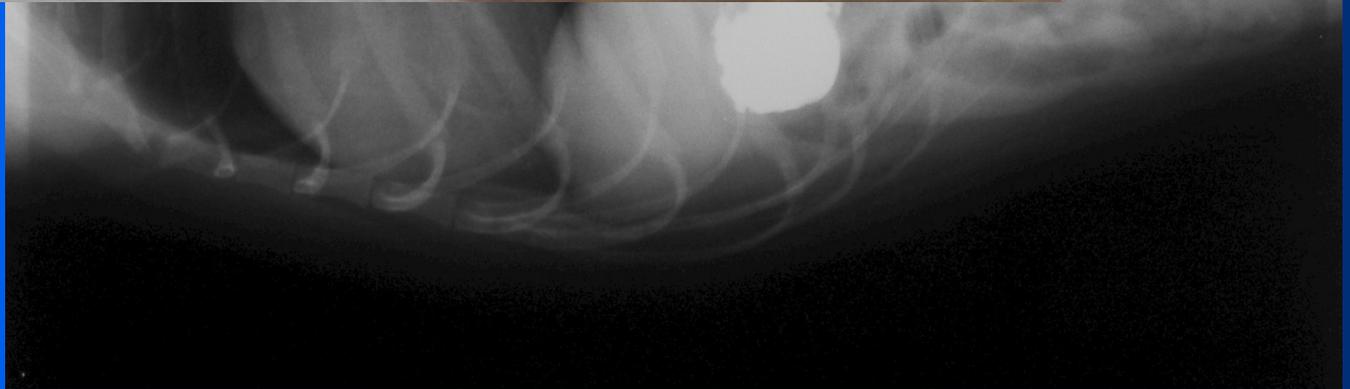
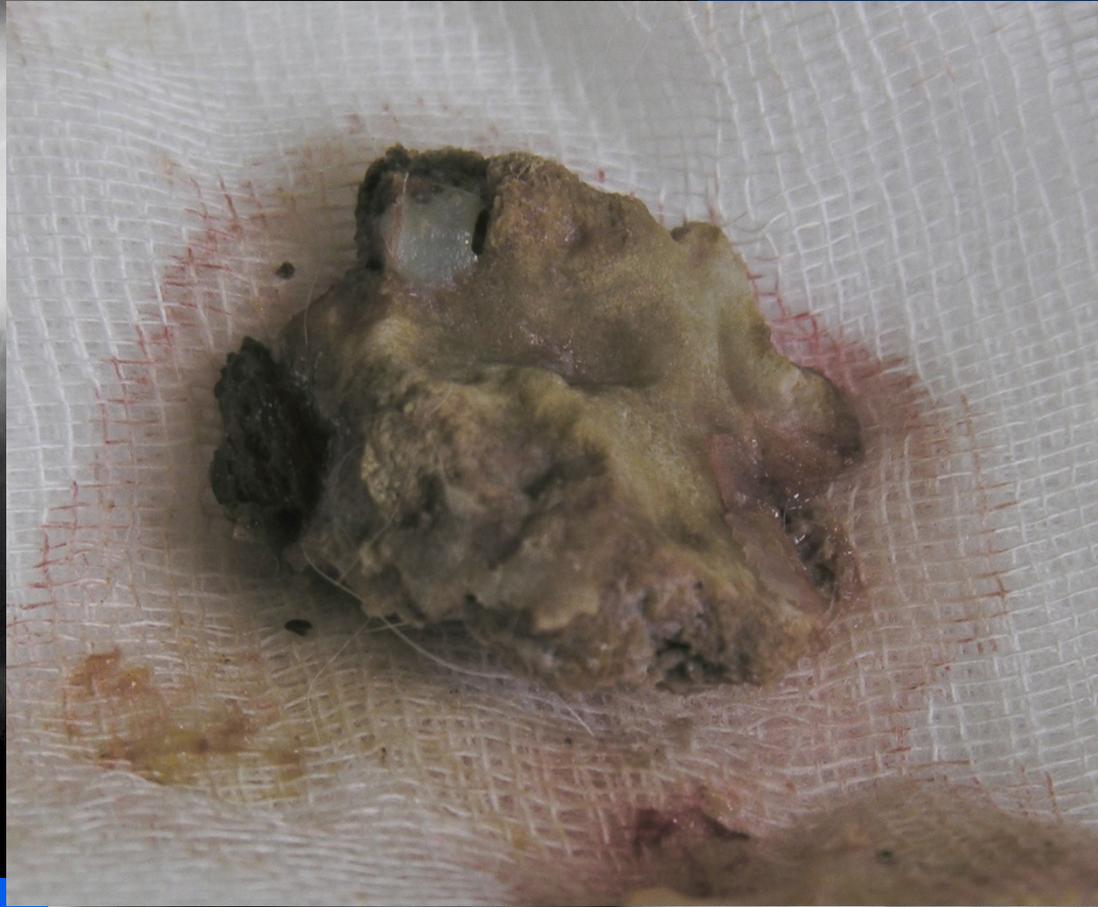


PAAD

# Megaesofago localizzato



- Esofago ridondante (tipico del bull-dog e shar-pei, deviazione esofagea ventrale all'ingresso della cavità toracica; clinicamente insignificante)
- C.E./neoplasia (leiomioma/sarcoma, carcinoma)
- Cicatrici (classica conseguenza del frammento osseo)
- Stenosi congenite (fibrosi periesofagea)
- Stenosi funzionali (disturbi della motilità segmentali acquisiti [esofagite] o idiopatici)
- Intussuscezione gastro-esofagea; **Ernia iatale ricorrente** (*sfintere esofageo caudale spostato cranialmente e ben evidenziabile dal diaframma*)

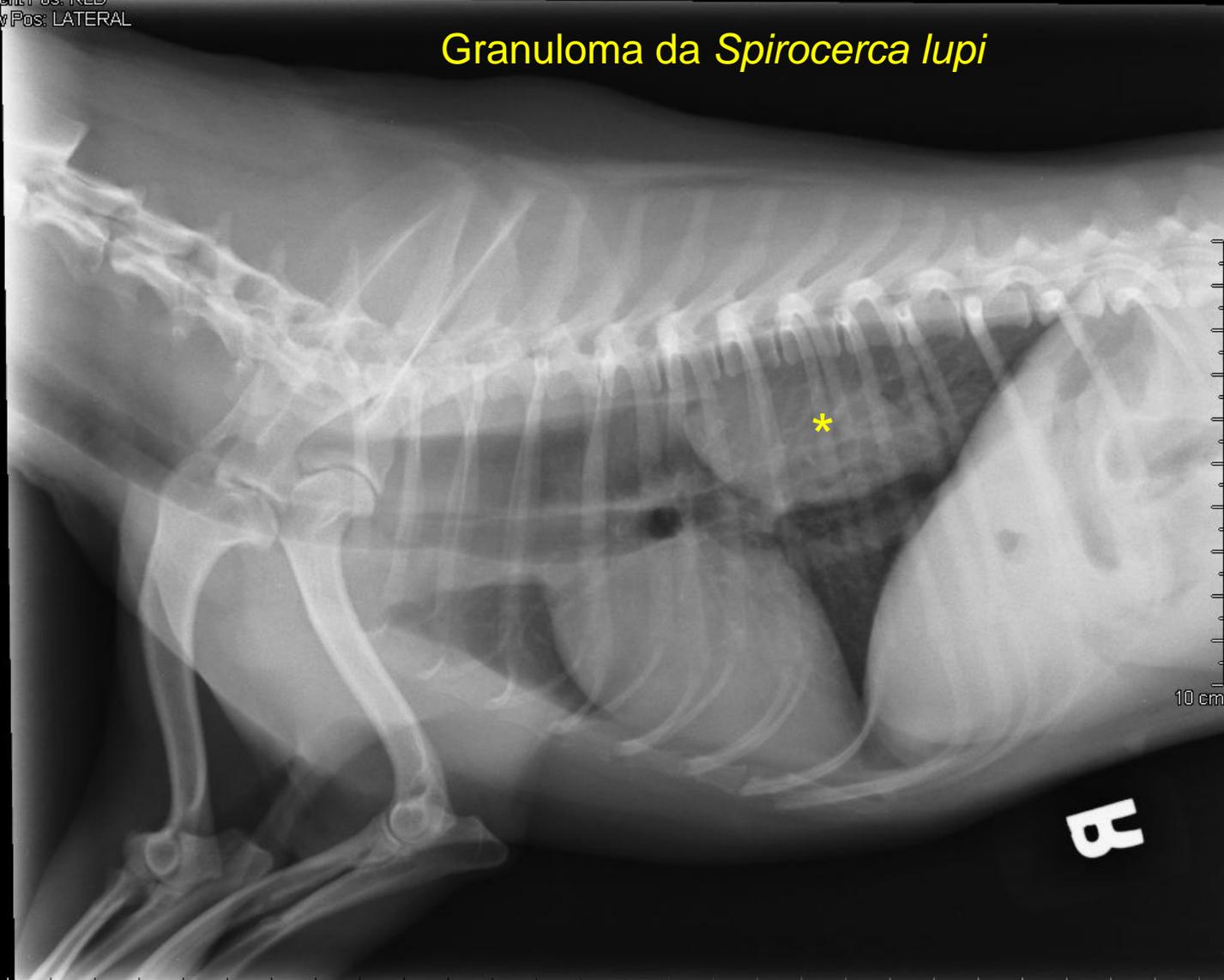


\*\*\*\*\*  
4Y1M,S,\*\*\*\*\*  
1  
Laterality: R  
THORAX  
Acc# 181582-117-2  
Patient Pos: RLD  
View Pos: LATERAL

Lossy

U of M Veterinary Medical Center  
KODAK CR950  
Jun 19, 2005 10:00:47 PM  
Study Desc: AFH,SA RADS,THORAX  
Series Desc: LATERAL

## Granuloma da *Spirocerca lupi*



Rel X Ray Exp: 2110  
Plate ID: 9102087585

Courtesy of Prof. Kari Anderson – U of MN

C 2048  
W 4096

# Intussuscezione Gastro-Esofagea

