

CORNER DIAGNOSTICO

Neurologia



Un cane bracco tedesco adibito alla caccia, maschio intero, di tre anni di età, è portato a visita per paraplegia. Un mese prima della visita presenta un accesso di star-nuti della durata di 5', associato ad ipertermia. Viene somministrata una terapia antibiotica per 7 giorni con risoluzione dei segni clinici. Dopo pochi giorni si sviluppano difficoltà deambulatorie sugli arti posteriori, parzialmente e solo temporaneamente rispondenti alla somministrazione di penicillina, enrofloxacin e prednisolone; nei giorni successivi il paziente alterna lieve debolezza a trascinamento degli arti posteriori. Da tre giorni non si alza e non urina spontaneamente. L'esame obiettivo generale non evidenzia anomalie. All'esame neurologico si rilevano paraplegia spastica, dubbi movimenti spontanei della coda, sensibilità algica profonda assente nell'arto posteriore sinistro, iperriflessia patellare bilaterale, ariflessia pannicolare caudalmente a T10 e manifestazioni di dolore durante i movimenti spontanei.

Lo studio Rx del rachide non evidenzia nulla di significativo. Viene eseguito un esame di risonanza magnetica (RM) nel tratto in cui è stato localizzato il problema (Figg. 1A-B-C e 2A-B).

Daiana Marabese¹, Med Vet
Marco Bernardini^{1,2} Med Vet,
Dipl ECVN

¹ Ospedale Veterinario I Portoni
Rossi, Zola Predosa (BO)

² Dipartimento di Medicina
Animale, Produzioni e Salute,
Università degli Studi di Padova,
Legnaro (PD)

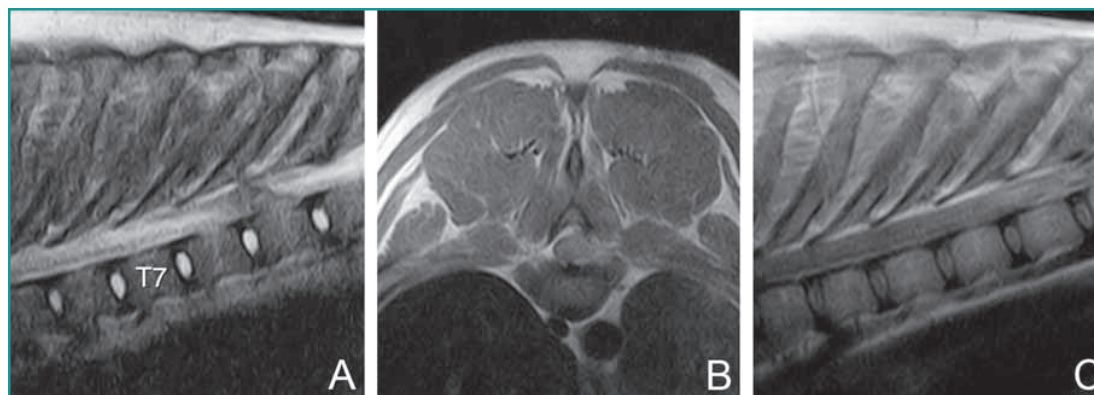


Figura 1 - Immagini RM del rachide toracico pesate in T2 sul piano sagittale (A) e pesate in T1 postcontrasto sul piano trasverso (B) e sagittale (C).

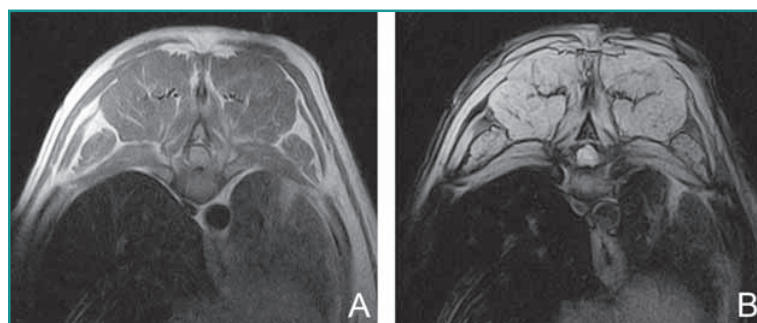


Figura 2 - Immagini RM sul piano trasverso del rachide toracico pesata in T1 postcontrasto (A) e GFE DIXONVET postcontrasto (B) a livello di T9.

- 1) Dove si localizza la lesione?
- 2) In riferimento al segnalamento e ai dati anamnestici quali sono le principali diagnosi differenziali in questo caso?
- 3) Quali alterazioni sono evidenziate nelle immagini RM a livello di rachide e midollo spinale?
- 4) Esistono altre alterazioni nelle immagini RM?

Risposte alla pagina successiva

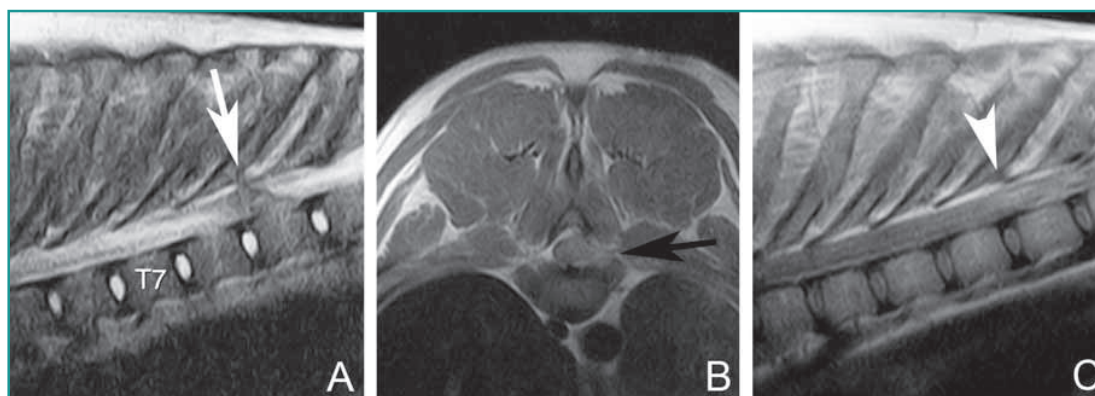


Figura 3 - Immagini RM del rachide toracico pesate in T2 sul piano sagittale (A) e pesate in T1 postcontrasto sul piano trasverso (B) e sagittale (C). Spiegazioni nel testo.

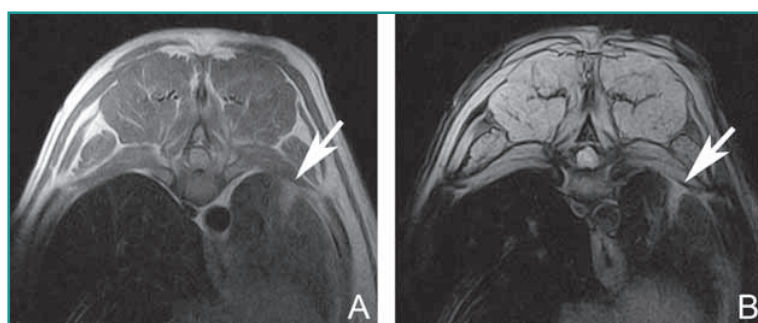


Figura 4 - Immagini RM sul piano trasverso del rachide toracico pesata in T1 postcontrasto (A) e GFE DIXONVET postcontrasto (B) a livello di T9. Spiegazioni nel testo.

- 1) Midollo spinale T3-L3.
- 2) Le principali diagnosi differenziali sono costituite da un processo infiammatorio-infettivo (empiema, meningomielite), neoplastico o degenerativo (paratopia discale).
- 3) Fig. 3 - Nel tratto compreso tra la limitante somatica caudale di T8 e quella di T9, all'interno del canale vertebrale in posizione laterale-ventrolaterale sinistra, si evidenzia alterazione di segnale (ipointenso nelle sequenze pesate in T2 [freccia bianca], captante blandamente contrasto [freccia nera, punta di freccia bianca]) con riduzione/scomparsa del segnale di pertinenza del tessuto adiposo epidurale e compressione del midollo spinale.

Cranialmente e caudalmente alla lesione, nelle sequenze pesate in T2, presenza di disomogenea ed estesa iperintensità itramidollare.

- 4) Fig. 4 - Estesa tra lo SIV T8-T9 e la metà craniale di T9, a carico del lobo polmonare caudale sinistro in posizione dorsolaterale, si evidenzia lesione (freccia bianca) ad ampio margine di contatto pleurico, isointensa nelle sequenze pesate in T1, iperintensa nelle sequenze pesate in T2, con buon enhancement postcontrasto.

Le immagini RM sono compatibili con lesione endo-

canalare extra-assiale a livello di T9. In diagnosi differenziale si pone un processo infettivo (empiema) e una forma neoplastica.

Il paziente viene sottoposto ad emilaminectomia T8-T10 sinistra. Si rileva all'interno del canale

vertebrale, sia a livello extradurale che intradurale, la presenza di tessuto neoformato tenacemente adeso a tutte le strutture anatomiche presenti ed in grado di comprimere gravemente il midollo spinale. Viene rimosso un corpo estraneo vegetale apparentemente integro situato ventralmente al midollo spinale. Si esegue un tampone per esame colturale ed antibiogramma.

Nei giorni successivi il paziente recupera una deambulazione e una minzione spontanee, pur rimanendo ancora paraparetico e atassico; viene dimesso con terapia antibiotica ad ampio spettro nell'attesa degli esiti dell'esame colturale e si consiglia rigoroso riposo in gabbia per almeno 30

giorni. L'esame colturale rileva crescita di *Staphylococcus* spp. sensibile, tra gli altri antibiotici, alla clindamicina già in uso.

La localizzazione più frequente di corpi estranei vegetali a livello di rachide penetrati per inalazione o ingestione è a livello dei corpi delle prime vertebre lombari,¹ sede in continuità con i pilastri del diaframma. Nonostante la localizzazione in questo paziente non sia tipica, la presenza di ipertermia e sintomi respiratori nell'anamnesi remota, uniti alla presenza di una lesione polmonare adiacente al sito dell'empiema, fanno presumere che anche in questo caso l'infezione sia stata veicolata da un corpo estraneo migrante.^{2,3} In questi pazienti la prognosi resta inizialmente riservata per possibile persistenza all'interno del canale vertebrale di frammenti del corpo estraneo vegetale.

BIBLIOGRAFIA

1. Whitty CC, Milner HR, Oram B. Use of magnetic resonance imaging in the diagnosis of spinal empyema caused by a migrating grass awn in a dog. *New Zealand Veterinary Journal*. 61:115-118, 2013.
2. Leskovaar A, Coates JR, Russell KE, *et al*. Surgical removal of an intramedullary spinal cord foreign body granuloma in a dog. *Journal of the American Animal Hospital Association*. 39:306-310, 2003.
3. Rayward RM. Acute onset quadriplegia as a sequela to an oropharyngeal stick injury. *Journal of Small Animal Practice*. 43:295-298, 2002.