

CORNER DIAGNOSTICO

Neurologia



PRESENTAZIONE CLINICA

Un cane Pitbull, femmina sterilizzata, di 8 anni, 26 kg di peso, viene sottoposto a visita neurologica per insorgenza acuta, circa 24 ore prima, di perdita di saliva dalla rima labiale destra, labbro destro pendulo e perdita di equilibrio in seguito a scuotimento del capo. L'esame fisico diretto è risultato nella norma. All'esame neurologico, stato mentale e reazioni posturali sono risultati nella norma. All'esame dell'andatura, si osservava una lieve atassia vestibolare. Il resto dei reperti all'esame neurologico è visibile in Figura 1 e 2. Sono stati eseguiti esami ematochimici risultati nella norma.

Valentina Buffagni Med Vet¹

Marika Menchetti Med Vet, Dipl. ECVN¹,

¹Clinica Veterinaria San Marco, Veggiano (PD)

Domande

- 1) Quali alterazioni dell'esame neurologico mettono in evidenza la Figura 1 e 2?
- 2) Dove si localizza la lesione? Quali possono essere le principali diagnosi differenziali?
- 3) Cosa mette in evidenza la Figura 3?



Figura 1 - Postura della testa.

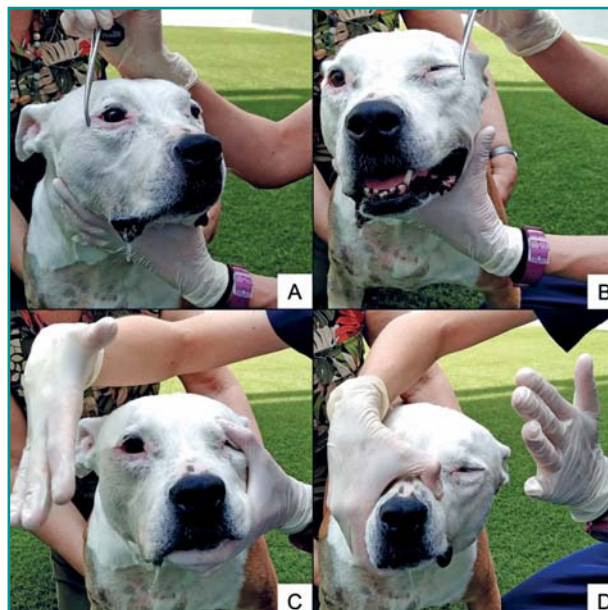


Figura 2 - Riflesso palpebrale (A occhio destro, B occhio sinistro) e risposta alla minaccia (C occhio destro, D occhio sinistro).



Figura 3 - Immagini di RM, sequenza T1 VIBE post-contrasto sul piano trasverso a livello del midollo allungato, pre- (A) e post-contrasto (B) che mostrano una lieve presa di contrasto del nervo vestibolo-cocleare e del nervo facciale di destra.

Risposte alla pagina successiva

RISPOSTE E DISCUSSIONE

1) La Figura 1 mostra head-tilt, ptosi labiale, lieve ptosi della palpebra inferiore e colio di saliva a destra. La Figura 2 mostra l'esecuzione del riflesso palpebrale e della risposta alla minaccia: assenti a destra, nella norma a sinistra.

2) Sul lato destro la presenza di ptosi labiale, ptosi della palpebra inferiore e l'assenza del riflesso palpebrale indicano una lesione del nervo facciale di destra. La lieve atassia vestibolare e la compresenza di head-tilt destro suggeriscono un coinvolgimento anche del nervo vestibolo-cocleare destro. Il deficit della risposta alla minaccia destra, in questo caso caratterizzata da mancato ammiccamento, ma normale retrazione del globo oculare con procidenza della terza palpebra (non visibile in Figura 2), indica una normale risposta alla minaccia, ma un'incapacità ad ammiccare per una paralisi del nervo facciale. Lo stato mentale, l'andatura, le reazioni posturali nella norma e l'assenza di deficit a carico di altri nervi cranici, rendono molto poco probabile una lesione a carico del tronco encefalico.

La localizzazione neuroanatomica è nervo facciale e nervo vestibolo-cocleare destro.

Le principali diagnosi differenziali per lesioni che coinvolgono contemporaneamente il nervo facciale e vestibolo-cocleare ipsilaterale sono patologie idiopatiche, come la neuropatia del nervo facciale e vestibolo-cocleare di origine sconosciuta (chiamata "facial-vestibular neuropathy of unknown origin" - FVNUO) o una patologia infiammatoria infettiva o non-infettiva che coinvolge l'orecchio medio-interno (otite medio-interna - OMI; otite media secretoria primaria - PSOM). Per indagare suddette diagnosi differenziali, il protocollo diagnostico eseguito in questo caso comprendeva esami del sangue e delle urine completi ed una risonanza magnetica (RM) del neurocranio, prima e dopo somministrazione di mezzo di contrasto.

3) La Figura 3 mostra immagini di RM sul piano trasverso a livello di midollo allungato, sequenza T1 VIBE pre-contrasto (A) e T1 VIBE post-contrasto (B) dove si evidenzia un ispessimento del nervo facciale di destra rispetto a quello di sinistra e una lieve presa di contrasto a carico sia del nervo facciale che del nervo vestibolo-cocleare destro. Nella norma entrambi i nervi controlaterali ed entrambe le bolle timpaniche.

Tali reperti sono compatibili con una sospetta neuropatia del nervo facciale e vestibolo-cocleare di destra (FVNUO). È stato eseguito anche un prelievo di liquido cerebrospinale (LCS), la cui analisi è risultata nella norma.

Sulla base dell'esordio acuto della sintomatologia, dell'esame neurologico, della RM e dell'esame del LCS, la diagnosi è stata di neuropatia del nervo facciale e del nervo vesti-

bolo-cocleare di origine sconosciuta (FVNUO).

A distanza di 6 mesi dalla diagnosi, il cane presentava ancora un lieve head-tilt destro e ptosi labiale destra. Non sono stati osservati peggioramenti della sintomatologia o interessamento del nervo facciale e vestibolo-cocleare controlaterali in questo lasso di tempo.

L'eziopatogenesi della FVNUO non è nota e al momento è considerata "idiopatica".¹

A livello del meato acustico interno questi due nervi condividono la stessa guaina durale e questa vicinanza anatomica spiega perché si possa osservare una disfunzione concomitante del nervo facciale e del nervo vestibolo-cocleare.¹ In uno studio, nel 70% dei soggetti esaminati per paralisi del nervo facciale, è stata osservata concomitante presenza di sindrome vestibolare periferica ipsilaterale.²

L'iter diagnostico prevede l'esecuzione di RM dell'encefalo e prelievo del LCS. La RM può essere normale o mostrare un ispessimento e presa di contrasto nelle sequenze pesate in T1 del nervo facciale e del nervo vestibolo-cocleare.¹ Anche l'esame del LCS può essere nella norma, come nel caso descritto, o mostrare una dissociazione albumino-citologica.¹

Nell'uomo esiste una forma simile alla FVNUO, chiamata "paralisi di Bell", una forma di paralisi del nervo facciale che in un terzo dei soggetti colpiti può essere associata anche a segni clinici vestibolari e che si pensa possa essere secondaria alla stimolazione del sistema immunitario dovuta alla riattivazione del virus *Herpes simplex*.^{1,3} Nel cane è stata rilevata la presenza dell'*Herpes virus canino di tipo I* nell'orecchio interno di cani sani.¹ Ulteriori studi sono necessari per indagare una possibile eziologia virale come causa primaria o come conseguente trigger immunomediato anche nel cane.

Da un punto di vista prognostico, le paralisi del nervo facciale e vestibolo-cocleare possono avere un'evoluzione distinta, ma spesso permangono dei deficit residui. In letteratura è riportata la persistenza di un lieve head-tilt e paralisi facciale.¹

Solitamente non viene somministrato nessun trattamento in quanto, nei cani con FVNUO, è stato osservato che la terapia con corticosteroidi non migliora l'andamento clinico dei soggetti colpiti.³ È inoltre possibile osservare recidive della patologia, sia ipsilaterali che controlaterali.¹

BIBLIOGRAFIA

1. Jeandel A, Thibaud JL, Blot S. Facial and vestibular neuropathy of unknown origin in 16 dogs. The Journal of small animal practice, 57(2), 74-78, 2016.
2. Smith PM, Gonçalves R, McConnell JF. Sensitivity and specificity of MRI for detecting facial nerve abnormalities in dogs with facial neuropathy. The Veterinary record, 171(14), 349, 2012.
3. Motta L, Altay UM, Skerritt GC. Bell's palsy with concomitant idiopathic cranial nerve polyneuropathy in seven dogs. The Journal of small animal practice, 52(7), 397, 2011.