

CORNER DIAGNOSTICO

Neurologia



Un cane meticcio, femmina sterilizzata, di dodici anni di età è portata a visita per cluster di crisi focali e head pressing verificatisi durante il pomeriggio precedente. Sette mesi prima della visita ha manifestato una crisi epilettica tonico-clonica generalizzata con fase post-ictale di qualche minuto, caratterizzata da barcollamenti, vomito e cecità. Nell'ultimo mese sono comparsi riluttanza al movimento e deficit di coordinazione degli arti anteriori e da tre giorni anoressia.

L'esame obiettivo generale non evidenzia anomalie. All'esame neurologico, eseguito a 15 ore dall'ultima crisi, si rileva: stato mentale depresso, tendenza al decubito laterale, deambulazione solo se assistita, assenza bilaterale di reazione al gesto di minaccia, lieve enoftalmo bilaterale con procidenza della terza palpebra, modesto head tilt destro con lievissimo strabismo posizionale ipsilaterale, rigidità cervicale, propriocezione assente sui quattro arti.

Viene eseguito un esame di risonanza magnetica (RM) dell'encefalo (Figure 1A-C).

Daiiana Marabese, Med Vet
Ospedale Veterinario I Portoni
Rossi, Zola Predosa (BO)

Marco Bernardini,
Med Vet, Dipl ECVN
Ospedale Veterinario I Portoni
Rossi, Zola Predosa (BO)
Dipartimento di Medicina
Animale, Produzioni e Salute,
Università degli Studi
di Padova, Legnaro

Maria Teresa Mandara, Med Vet
Dipartimento di Medicina
Veterinaria, Università
degli Studi di Perugia

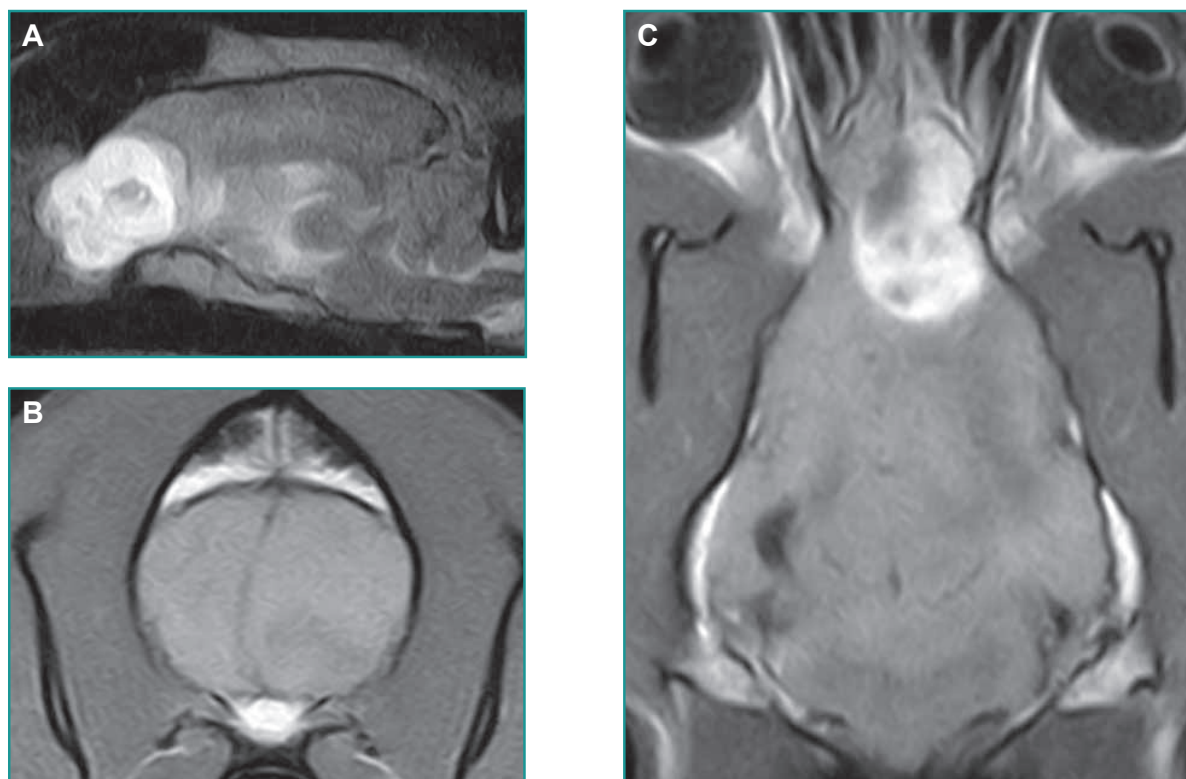


Figura 1 - Immagini RM dell'encefalo pesate in T2 sul piano sagittale (A), in T1 sul piano trasverso (B) e in T1 postcontrasto (C) sul piano dorsale.

- 1) L'esame neurologico è obiettivamente valutabile per localizzare la lesione?
- 2) Quali alterazioni sono evidenziabili nelle immagini RM?
- 3) Qual è la principale diagnosi differenziale in riferimento alle caratteristiche della lesione riscontrata nello studio RM?

Risposte alla pagina successiva

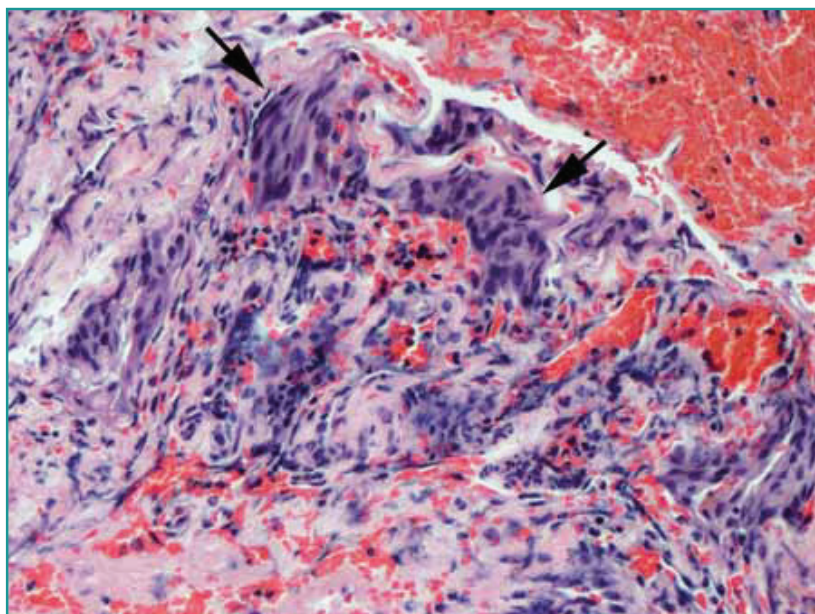


Figura 2 - Meningoangiomatosi. Nella lesione cellule meningiali iperplastiche (frecce) ed elementi fibrovascolari sono frammisti a costituire un'unica neoformazione (E&E, x20).

- 1) No, un paziente in fase post-ictale potrebbe manifestare sintomi temporanei e non riconducibili alla lesione primaria.
- 2) L'esame RM dell'encefalo evidenzia massa extra-assiale (dimensioni cm 2,9x2,7x1,8) a carico del lobo olfattorio sinistro, che si estende caudalmente interessando il lobo frontale ipsilaterale e controlateralmente, comprimendo il lobo olfattorio destro (severo shift della linea mediana). Vasto edema perilesionale a livello di emisfero cerebrale sinistro, diencefalo e mesencefalo sinistri. Notevole compressione del ventricolo laterale ipsilaterale e lieve compressione sul cervelletto. La massa, ben delimitata e con ampio contatto meningeale, si presenta nettamente iperintensa nelle sequenze pesate in T2; isointensa con lacune di forma e dimensioni variabili a segnale ipointenso nelle sequenze pesate in T1; netta impregnazione meningeale e parenchimatosa postcontrasto. Discreta ectasia del ventricolo laterale destro, non visibile il terzo ventricolo.
- 3) Un meningioma cistico rappresenta la principale D.D.

Quindici giorni dopo la RM viene eseguita craniotomia frontale bilaterale per asportazione chirurgica della lesione, che si presenta di consistenza estremamente fria-

bile e senza chiara demarcazione con il tessuto nervoso sano adiacente. L'esame istopatologico è compatibile con lesione meningoangiomatosa. La meningoangiomatosi (MA) è una patologia proliferativa del SNC sporadicamente riportata nel cane¹⁻⁵, caratterizzata dall'incremento di piccoli vasi ematici delimitati da cellule meningoendoteliali, che esita nella formazione di una placca corticale fibrotica comprimente il tessuto nervoso sottostante (Figura 2). Nel cane, a differenza dei rari casi riportati in medicina umana, è stato anche descritto un carattere infiltrativo. La MA è riportata come unica lesione o in associazione a displasia corticale, amartoma e meningioma; essa

può essere localizzata al tronco encefalico o al prosencefalo, in un singolo caso a livello di midollo spinale cervicale. Si presenta iperintensa nelle sequenze pesate in T2, iso-ipointensa nelle sequenze pesate in T1, ad ottima captazione di m.d.c. e con ampio contatto meningeale; non è possibile distinguerla da un processo neoplastico sulla base della sola diagnostica per immagini.

BIBLIOGRAFIA

1. Bishop TM, Morrison J, Summers BA, et al. Meningioangiomatosis in young dogs: a case series and literature review. *Journal of Veterinary Internal Medicine* Jul-Aug; 18(4):522-8, 2004.
2. Ginel PJ, Novales M, Blanco B, et al. Meningioangiomatosis associated with fibrous meningioma in a dog. *Veterinary Record* Jun 13; 164(24): 756-8, 2009.
3. Chen YY, Tiang XY, Li Z, Luo BN et al. Sporadic meningoangiomatosis-associated atypical meningioma mimicking parenchymal invasion of brain: a case report and review of the literature. *Diagnostic Pathology* Jun 18; 5:39, 2010.
4. Kashlan ON, LaBorde DV, Davison L, et al. Meningioangiomatosis: A case report and literature review emphasizing diverse appearance on different imaging modalities. *Case Reports in Neurological Medicine*, Article ID 361203, 8 pages, 2011.
5. Sebastianelli M, Mandara MT, Pavone S, et al. Thalamic astrocytic hamartoma and associated meningoangiomatosis in a German shepherd dog. *Research in Veterinary Science* Jun; 94(3):644-647, 2013.