

NEURITIS FEMORAL BILATERAL : UN CASO CLINICO

Juan Roldán^{1 y 2} y F. Javier Mendoza²

¹ Clínica Móvil de Caballos “EQUINUVI”. Córdoba, España.

² Dpto. Medicina y Cirugía Animal. Facultad de Veterinaria, UCO, España.



**I CURSO DE URGENCIAS Y CUIDADOS
INTENSIVOS EN ÉQUIDOS**

**Córdoba
España**

24 al 27 de Marzo 2011

- Caballo cruzado, macho castrado, 5 años
- Segunda opinión médica (después de la administración de dosis altas de dexametasona)
- Recumbencia de 20 horas de duración
- El día anterior estuvo entrenando con gran intensidad y terminó exhausto
- Buen estado higiénico-sanitario, buena alimentación y al corriente de vacunaciones y desparasitaciones

- Caballo con postura de perro sentado, alternando con decúbito esternal

- Signos de hipovolemia y deshidratación

- disminución de la elasticidad cutánea
- distensión yugular retardada
- mucosas secas
- Hto 48% y PT 7,6 g/dL
- TRC (>3 seg.)
- taquicardia leve (54 ppm)
- ligera taquipnea (22 rpm)
- temperatura rectal normal (37,5°C)



- Estado mental en alerta y sin signos neurológicos evidentes
- Apetito reducido, ha bebido escasamente, no ha defecado y la orina es ligeramente oscura

Dinámicas

- Al intentar incorporarlo, el animal se apoya con fuerza sobre las extr. anteriores pero presenta gran debilidad de las posteriores
- Permite dar pequeños saltos sobre las lumbres y menudillos
- Flexiona la babilla y por acción del aparato recíproco también flexiona tarso y menudillo, con imposibilidad de extensión completa del miembro



Pruebas complementarias



Estáticas

- No zonas de calor ni dolor localizado, pinzas de casco negativa, sin pulso digital
- Se realizan pruebas de sensibilidad dolorosa profunda, no encontrando anomalías
- Dudosa ausencia de sensibilidad superficial en zona medial del muslo



Pruebas laboratoriales

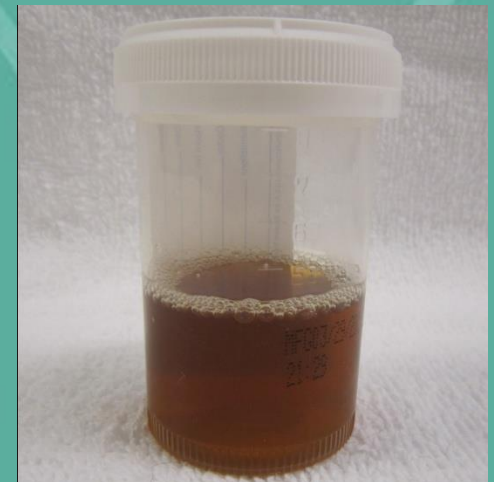
Valores alterados

- Hto = 48% (30 - 43)
- PT = 7,6 g/dL (5,3 - 7,5)
- Fibrinógeno = 600 mg/dL (125 - 380)
- Bilirrubina total = 5,19 mg/dL (0,90 - 2,90)
- GOT = 120 UI/L (123 - 789)
- CPK = 12141 UI/L (2 - 270)



Diagnóstico presuntivo

RABDOMIOLISIS AGUDA



- Fluidos en infusión intravenosa
 - 20 litros de solución de cloruro sódico al 0.9%
 - ClK (20 mEq/L)
 - Ca (10 mEq/L)
 - Fenilbutazona oral (2,2 mg/kg cada 12 horas)
 - Dosis única de acepromacina IM de 15 mg
- Se recomienda voltearlo cada 2 horas y suministrarle cama abundante



- A las 24h. el caballo continuaba en la misma postura



- Exploración física:
 - mucosas rosadas
 - TRC (2 seg.)
 - frecuencia cardiaca normal (40 ppm)
 - frecuencia respiratoria normal (16 rpm)
 - temperatura rectal normal (37,5°C)
- Comía y bebía con normalidad, el aspecto de las heces era bueno y el color de la orina era claro

Pruebas complementarias dinámicas

- sin cambios aparentes



Pruebas neurológicas estáticas

- notable falta de sensibilidad superficial en zona medial del muslo de ambas extremidades
- sensibilidad profunda → normal
- valoración del reflejo flexor → positivo
- Valoración del reflejo rotuliano → negativo

Diagnóstico adicional

NEURITIS FEMORAL BILATERAL secundaria a decúbito prolongado por rabdomiólisis aguda

Tratamiento adicional

Dexametasona 0,05mg/kg IV cada 12 horas
Vitaminas del complejo B



Evolución

- Al día siguiente permanecía en pie por breves periodos de tiempo, permitiendo la extensión completa
- Al paso en línea recta presenta hipermetría de los posteriores, que se corrige a la semana

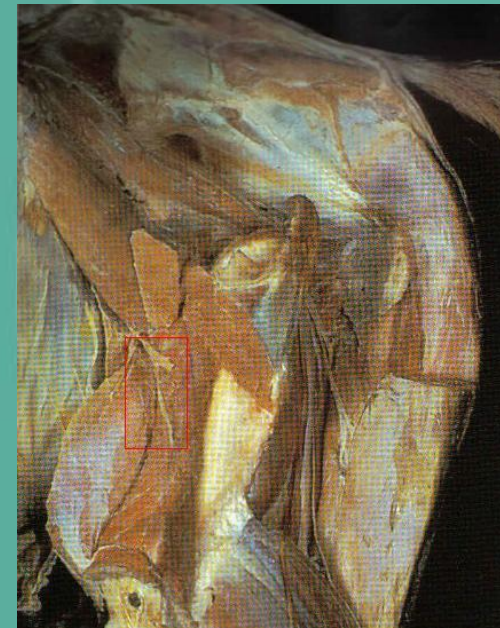
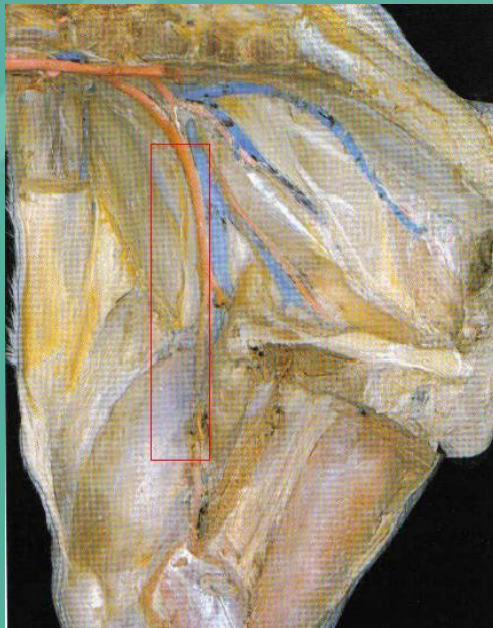


Evolución



Discusión

- El nervio femoral se origina en el cuarto y quinto segmento de la columna vertebral a nivel lumbar e inerva al músculo cuádriceps (Furr and Reed 2008)
- Tiene función motora y sensible en la inervación del cuádriceps, que es el músculo extensor principal de la babilla (Mayhew y MacKay 1982)



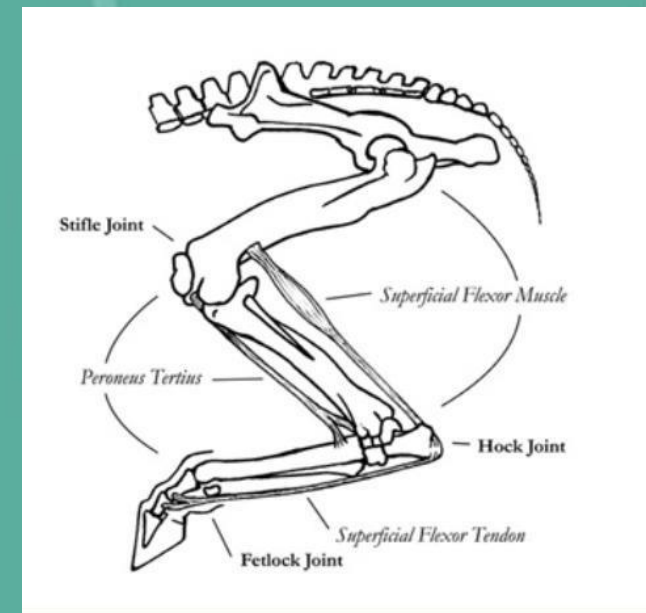
Discusión

- Las lesiones unilaterales:
 - trauma localizado
 - sobre-extensión de la extremidad
 - patear bruscamente
 - un resbalón
- Neuritis bilaterales:
 - tras anestesia general
 - distocia (Furr and Reed 2008)
 - decúbito prolongado (Adams 1974)



Discusión

- La rabdomiólisis de esfuerzo puede provocar parálisis del nervio femoral cuando la musculatura del cuadriceps esté afectado (Mayhew y MacKay 1982)
- Su lesión provoca incapacidad para extender la rodilla, da lugar a la flexión del tarso y del pie, por la acción del aparato recíproco (Dyson S et al 1988)



Discusión

- Apoya nuestro diagnóstico un video del Equine Internal Medicine (Reed S et al. 2010) que ilustra un caballo con la misma sintomatología y diagnosticado de neuritis femoral



Diagnósticos diferenciales

- infosura de posteriores
- fractura de cadera /fémur
- enfermedad neurológica por herpesvirus
- enfermedad de nervios periféricos (tibial/peroneo)
- aneurisma arterias iliacas externas (Orsini & Divers 2001)



Agradecimientos



MUCHAS GRACIAS POR LA ATENCIÓN