

HEMIPLEGIA LARÍNGEA

Dr. Mauro Verna*. 2013. Información Veterinaria, CMVPCba, Córdoba, Argentina, 174:35-36.

*MSc. Diplomado por el Colegio Americano de Cirugía Veterinaria.

Resúmenes de las XXXI Jornadas Científicas de Actualización en Ciencias Veterinarias, Sala de Equinos, Córdoba, 2012.

www.produccion-animal.com.ar

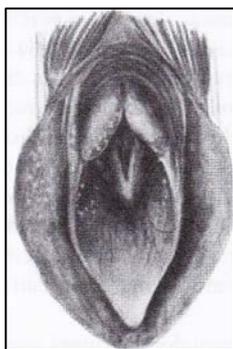
Volver a: [Enfermedades y problemas clínicos del equino](#)

INTRODUCCIÓN

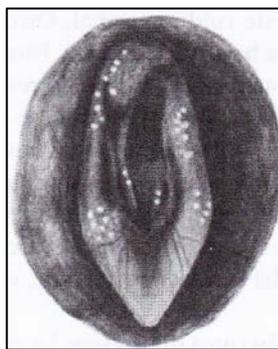
La hemiplejia laríngea, también conocida como causa de “roncadores”, es una condición de las vías aéreas superiores que produce ruidos inspiratorios y disminución de la performance de los equinos atletas. Esta condición es de mayor presentación en caballos sangre pura de carrera, pero también se reporta en otras razas, como caballos de salto, de tiro o de trote. Se estima que alrededor del 8% de la población de caballos deportistas grandes están afectados de hemiplejia laríngea.

SIGNOS CLÍNICOS Y PRESENTACIÓN

La hemiplejia laríngea suele observarse en animales altos (generalmente de mayor altura a 1.60 m de alzada), machos, y generalmente en una edad entre 3-7 años. En el caso de los SPC (Sangre Pura de Carreras) manifiestan sintomatología a temprana edad (entre 2-4 años), mientras que en caballos pesados, tipo caballos de salto los signos se hacen manifestar a una edad más avanzada (4-8 años). A pesar de llamarse “roncadores”, el ruido típico que produce es un silbido durante la fase de inspiración. Este sonido es más notorio cuando se está realizando un ejercicio intenso. No siempre es fácil de percibir desde un punto fijo de la pista, por lo que se le debe preguntar al jockey si percibe este ruido anormal. Otro signo asociado a esta patología es la baja performance. Esta se puede manifestar a distinta distancia de trabajo o carrera, estando relacionado con el grado de parálisis. Los caballos con un grado avanzado de parálisis, va a manifestar los signos en los primeros 400-500 metros de carrera, mientras que aquellos que tienen un grado menor de compromiso, puede mantener mayor distancia de corrida, hasta que el músculo enfermo se fatiga, evitando la abducción del cartílago artenoide, y así obstruyendo el ingreso del aire.



Laringe normal.



Hemiplejia laríngea.

FACTORES DE RIESGO

La causa de la hemiplejia laríngea recurrente no se conoce con certeza. Sin embargo, hay situaciones en la que es posible establecer una causa, y generalmente está asociado a algún tipo de trauma o inflamación en algún punto del recorrido del nervio laríngeo recurrente, dentro de las posibles causas se pueden mencionar:

- ◆ Inyecciones alrededor de la vena yugular, como por ejemplo con fenilbutazona, que produce una gran irritación local,
- ◆ obstrucción esofágica con posterior ruptura, en distintos puntos del cuello,
- ◆ micosis de las bolsas guturales,
- ◆ intoxicación de organofosforados o plomo,
- ◆ infección aguda o crónica de Estreptococos (papera),
- ◆ varias enfermedades inflamatorias del sistema nervioso central, etc.

DIAGNÓSTICO

La endoscopia de las vías aéreas superiores permite diagnosticar la hemiplegia, y poder asignar un grado para cada tipo de parálisis entre I y IV. Sin embargo, hay situaciones donde no se observa ninguna anomalía en la endoscopia en reposo, pero la historia clínica (por baja performance y/o presencia de silbidos) nos hace sospechar de una hemiplegia incipiente, que solo se manifiesta durante el ejercicio, cuando el músculo se fatiga rápidamente, produciendo la sintomatología clínica. En esos casos, se recomienda la realización de una endoscopia en ejercicio. Esto se puede realizar por medio de la video endoscopia mientras el caballo corre en el treadmill, o cuando se utilizan los nuevos sistemas de video endoscopia que se colocan en posición y toma imágenes mientras el caballo trabaja en las condiciones normales de la pista.

OPCIONES TERAPÉUTICAS

Las opciones terapéuticas varían de acuerdo a la severidad (grado), raza y uso del equino afectado con hemiplegia laríngea. Hoy existen cuatro opciones quirúrgicas para tratar esta condición:

- 1-Laringoplastia (Tie-Back),
- 2-Ventriculectomía con o sin Cordectomía,
- 3- Aritenodectomía y
- 4-Implante Nervioso de Pedículo Neuromuscular.

En desarrollo se encuentra la colocación de un marcapasos sobre el vientre del músculo cricoaritenoides dorsal, con la intención de estimularlo diariamente para mantener el músculo desarrollado.

La laringoplastia es la cirugía más comúnmente realizada. Se indica para todas las hemiplejias de grado IV, y las hemiplejias de grado III que se acompañan de signos de baja performance. El principio de la cirugía es el mismo que se describió originalmente (1970), consistiendo en reemplazar la función del músculo cricoaritenoides dorsal con una sutura gruesa no-absorbible (prótesis), que se ancla desde su origen en el cartílago cricoides, y se inserta en la apófisis muscular del cartílago aritenoides. Sin embargo, actualmente se realizan ciertas modificaciones basadas en estudios de efectividad. Por ejemplo, se colocan 2 suturas, una en dorsal y otra en lateral, se realiza la apertura de la articulación cricoaritenoides, induciendo la artrosis de la misma, se controla endoscópicamente el grado de abducción deseado.

El Segundo tratamiento, que generalmente se realiza al finalizar la laringoplastia es la ventriculectomía o la ventriculocordectomía. Debido a la parálisis del aritenoides y a la relajación de los músculos ventriculares y vocalis que dan tensión a las cuerdas vocales (inervados por el mismo nervio, laríngeo recurrente), se produce un ingreso de aire durante el ejercicio a los ventrículos laríngeos, generando así una turbulencia y produciendo el típico silbido de esta patología. El objetivo principal de esta cirugía, es la eliminación del ruido inspiratorio, pero no modifica sustancialmente la entrada de aire. De esta manera, se recomienda realizar esta cirugía en forma aislada (sin laringoplastia), cuando el único problema es el ruido respiratorio, y no la fatiga. La ventriculectomía consiste en la remoción del ventrículo laríngeo, mientras que en la ventriculocordectomía, se remueve tanto el ventrículo como la cuerda vocal afectada. Esta cirugía se puede realizar por 2 abordajes. El más tradicional y que se realiza comúnmente en Argentina, es a través de la laringotomía (realizando una incisión a través de la membrana crico-tiroidea). Con la ayuda de la roseta, se revierte el ventrículo removiéndolo. Para realizar la ventriculocordectomía, se toma la cuerda vocal y se corta desde su origen a su inserción. La herida de la laringotomía se deja que cicatrice por 2da intención, para permitir el drenaje de las secreciones nasales-faríngeas. Otra opción es la realización del mismo procedimiento pero con la utilización de laser, que se pasa por el canal de trabajo del endoscopio. La utilización del laser tiene la ventaja de poder realizar esta cirugía en estación (sin correr los riesgos de la anestesia general) y de no dejar una herida abierta. La desventaja es el costo del equipamiento.

La aritenodectomía consiste en remover parte del cartílago aritenoides. Esta no es la cirugía que se debe realizar como primer tratamiento en caballos con hemiplegia. Generalmente se reserva para aquellos casos donde ha fallado una laringoplastia, ya que es una cirugía con riesgos postoperatorios, como la aspiración de material alimenticio a las vías aéreas inferiores.

El trasplante de un pedículo neuromuscular ya no se utiliza más. El objetivo es reinervar el músculo cricoaritenoides dorsal, al implantarle un pedículo neuromuscular del 1er nervio cervical. Este nervio se estimula durante el ejercicio, produciendo así la abducción cuando el caballo lo necesita. Sin embargo el tiempo de reinervación se ubica entre los 6-12 meses, que para la práctica de caballos de carrera es mucho tiempo.

Volver a: [Enfermedades y problemas clínicos del equino](#)