

Contacto : valentina talarico <talaricovalentina@gmail.com>

Un'errata diagnosi di pseudotumor cerebrali

G. Raiola¹, MC Galati², M. Aloe³, V. Talarico³, S. Sagnolo³, M. Barreca¹, E. Le Piane⁴, C. Ceccotti⁵, M. Resta⁶

¹ U.O. Pediatria, Azienda ospedaliera "Pugliese-Ciaccio", Catanzaro- Italia

² U.O. Oncoematologia pediatrica, Azienda ospedaliera "Pugliese-Ciaccio", Catanzaro- Italia

³ U.O. Pediatria Universitaria, Università "Magna Graecia", Catanzaro- Italia

⁴ U.O. Neurologia A.O. "Pugliese-Ciaccio", Catanzaro- Italia

⁵ U.O. Neuro-chirurgia A.O. "Pugliese-Ciaccio", Catanzaro- Italia

⁶ U.O. Radiologia interventistica. Ospedale "SS Annunziata", Taranto-Italia

PA, anni 15, giunge per diplopia ed alterazioni della motilità dell'occhio destro. Precedente ricovero presso altro ospedale per vomito, cefalea e rachialgia, dove praticava TC encefalo e RM del rachide cervicale risultate nella norma eccetto "spondilodiscoartrosi cervicale di grado lieve"; veniva trattata con miorilassanti e antiinfiammatori, senza beneficio. Persistendo i sintomi praticava visita oculistica con fundus: "papilla a margini sfumati con congestione e tortuosità dei vasi all'emergenza e pressione oculare nella norma". Tale reperto insieme alla negatività degli esami strumentali faceva porre il sospetto di Pseudotumor Cerebri e quindi iniziava terapia con acetazolamide. All'ingresso si segnala solo strabismo dell'occhio dx con diplopia. Visita oculistica: "Diplopia secondaria ad oftalmoplegia con fundus nei limiti. Positivo il test di Hess." Esami ematochimici di routine, puntura lombare, RM-encefalo: nella norma; Angio-RM: "a carico del circolo arterioso intracranico dubbia immagine "in plus" a livello della biforcazione della carotide interna di sx compatibile con una malformazione vascolare". Inoltre ulteriore valutazione degli esami strumentali eseguiti in precedenza mostrava una pregressa emorragia subaracnoidea. Trasferita quindi c/o altra struttura, praticava angio-TC encefalo 3D che confermava la presenza dell'aneurisma a livello della biforcazione intracranica della carotide sinistra che veniva subito trattato con embolizzazione mediante stenting intracranico.

Conclusione: Gli aneurismi intracranici sono rari in età pediatrica con una prevalenza che varia dallo 0.5 al 4.6%, con un rischio di rottura di circa lo 0.6%. La loro origine è probabilmente multifattoriale, con predisposizione congenita cui si aggiungono fattori locali e/o ambientali che indeboliscono ulteriormente la parete arteriosa, favorendo la dilatazione aneurismatica. Questi si localizzano prevalentemente a livello dei punti di biforcazione delle principali arterie subaracnoidee e possono aumentare di volume lentamente fino a raggiungere dimensioni consistenti, determinando sintomi di effetto massa a carico di strutture neurovascolari o un quadro di ipertensione endocranica. Alcuni deficit neurologici consentono una diagnosi di sede dell'aneurisma: tipicamente la paralisi del III nervo cranico estrinseco ed intrinseco può orientare verso un aneurisma della parete posteriore della carotide, o della cerebrale posteriore o della parte distale della basilare.