

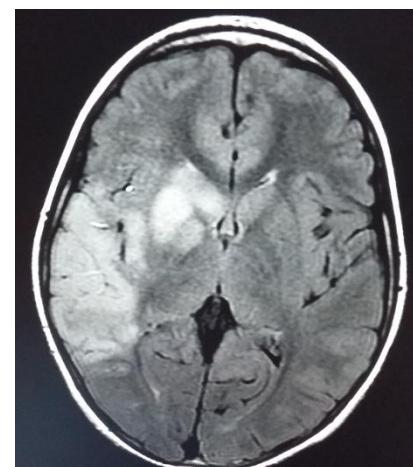
STROKE ISCHEMICO: CRIPTOGENICO O MULTIFATTORIALE?

M. Calafiore 1, D.L. Sgrò 1, A. Bellantoni 1, L. Vadalà 1, L. Pieragostini 1

1 U.O.C. PEDIATRIA G.O.M. REGGIO CALABRIA

CASO CLINICO: Descriviamo il caso di una bimba di 9 anni che in pieno benessere presentava cefalea improvvisa e intensa, disorientamento temporospaziale con eloquio sconnesso, afasia e vomito. Condotta al P.S. più vicino eseguiva TC encefalo (refertata nella norma) ed esami ematochimici di primo livello (nella norma), veniva quindi stata trasportata con il 118 c/o il ns nosocomio. Durante il trasporto in ambulanza presentava tremori generalizzati e vomito. All'ingresso in ospedale i parametri vitali erano stabili, presentava linfadenomegalia laterocervicale bilaterale, sfinteri controllati, era vigile ma sonnolenta, reattiva agli stimoli verbali. Eloquio contestuale e sufficientemente fluido, memoria conservata, non deficit motori globali e/o focali, cefalea intensa. Gentilizio riferito positivo per coagulopatia materna non meglio specificata. Tachicardia parossistica nella bambina diagnosticata da qualche anno e sottoposta a controlli periodici ma non in terapia farmacologica. Si eseguivano esami ematochimici con ricerca di virus neurotropi, e P.L. con ricerca di PCR virale (negativi) e successivamente si instaurava terapia antibiotica, antivirale e cortisonica.

Eseguiva EEG in veglia ("anomalie lente focali.....") e RMN encefalo con m.d.c. (...estesa area di restrizione della diffusività disposta in sede temporo-parietale destra che si estende anche nei nuclei della base e nei centri semiovali omolaterali. Nelle stesse sedi si apprezza tenue iperintensità di segnale sia in T2 che in FLAIR. Dopo somministrazione di MdC non si apprezzano significative aree di impregnazione patologica sopra e sottotentoriali....) e successivamente consulenza della Stroke Unit con avvio di terapia antiaggregante (ASA) ed acido folico. Gli ulteriori accertamenti risultavano negativi (ecodoppler TSA, Ecocardio con test alle microbolle visita oculistica, F.O., campimetria, PEV, PESS). Rilevata una eterozigosi della mutazione G20210A della Protrombina ed una variante MTHFR C67T in omozigosi. Durante la degenza la situazione clinica è rimasta stazionaria con una sostanziale normalità del quadro neurologico accompagnato da una lieve deflessione del tono dell'umore con un aumento delle ore totali di sonno.



Alla sospensione della terapia antibiotica e antivirale e all'iniziale svezzamento dalla terapia cortisonica è stato effettuato un nuovo controllo RMN con scansioni angio arteriose e venose, seguito da angio-tc che ha messo in evidenza un peggioramento del quadro neuroradiologico che unitamente al rilievo di una diminuzione della fibrinogenemia ha fatto prospettare la ripresa del fatto trombotico motivo per cui la bambina è stata inviata presso un centro con Stroke Unit pediatrica (S.U.P.) ove è stata proseguita la terapia antiaggregante già avviata presso il nostro centro.