

Febbraio 2013

[http://www.medicoebambino.com  
/?id=PSR1302\\_10.html](http://www.medicoebambino.com/?id=PSR1302_10.html)

## MEDICO E BAMBINO PAGINE ELETTRONICHE

### I POSTER DEGLI SPECIALIZZANDI

---

#### La solita cefalea?

**ELISABETTA ALBERTI, MARTA DEL PISTOIA, MASSIMILIANO LEONI, FRANCESCO VIERUCCI**

*Clinica Pediatrica, Università di Pisa*

G., 13 anni, veniva condotto presso il Pronto Soccorso Pediatrico per la presenza di cefalea frontale persistente insorta da circa due settimane e scarsamente responsiva alla terapia con paracetamolo. Il ragazzo riferiva cefalea di tipo tensivo, di intensità moderata, non preceduta da aura ed esacerbata dall'esercizio fisico. In anamnesi non erano riportati episodi infettivi recenti. Il ragazzo aveva eseguito circa un anno prima una visita oculistica risultata nella norma e non aveva mai lamentato precedentemente cefalea. In anamnesi familiare si rilevava che la madre lamentava cefalea senza aura sin dall'età adolescenziale. Nei due giorni precedenti la nostra osservazione G. aveva presentato ripetuti episodi di vomito, in particolare occorsi nelle prime ore del mattino. Il ragazzo descriveva gli episodi di vomito come "a getto", non preceduti da nausea; tali episodi si presentavano costantemente associati alla cefalea, distanziati l'uno dall'altro da circa 30-60 minuti. Alla visita G. appariva in buone condizioni generali; l'esame obiettivo neurologico, la valutazione del *fundus oculi* e i valori di pressione arteriosa risultavano nella norma. Pertanto, si decideva di somministrare paracetamolo + codeina per os con risoluzione della cefalea. Il ragazzo veniva quindi dimesso con antidolorifico al bisogno e la raccomandazione di tornare per una nuova valutazione nel caso la cefalea si fosse ripresentata.

Due giorni dopo G. veniva condotto nuovamente presso il Pronto Soccorso per la persistenza della cefalea. Il ragazzo appariva sofferente, con condizioni generali lievemente scadute. Riferiva, inoltre, la comparsa di fotofobia mentre l'esame neurologico persisteva nella norma. G. e i suoi genitori apparivano estremamente collaboranti e affiatati e non emergevano sospetti di disturbi su base emotivo-funzionale. Alla luce del peggioramento delle condizioni generali in un ragazzo con comparsa recente di una cefalea scarsamente responsiva alla terapia antidolorifica e pregressi episodi di vomito mattutino a getto, si decideva di eseguire una TC encefalo per escludere una causa secondaria di cefalea. La TC evidenziava la presenza di una lesione espansiva intraparenchimale con aspetto cistico-necrotico in sede fronto-polare e fronto-basale dell'emisfero sinistro. La lesione era caratterizzata da un nodulo morulare sul suo versante postero-superiore dove si riconoscevano segni di recente sanguinamento. L'area attorno alla lesione appariva edematosa con compressione dei corni frontali, in particolare a sinistra, e dislocazione del setto pellucido a destra. Per chiarire l'eziologia della lesione veniva eseguita una RM encefalo che orientava verso la diagnosi di angioma cavernoso che sarebbe stato asportato chirurgicamente il giorno successivo. L'esame istologico della lesione confermava la diagnosi.

**Commento:** Il caso descritto sottolinea l'importanza di porre la dovuta attenzione a una cefalea di recente insorgenza, in particolare se intensa e accompagnata a vomito. La cefalea è un disturbo estremamente frequente nella pratica clinica del pediatra; l'approccio a questa patologia generalmente non richiede l'esecuzione di esami ematici e/o strumentali ma si basa essenzialmente su un'anamnesi e un esame obiettivo neurologico accurati. L'anamnesi è

necessaria per evidenziare eventuali fattori che caratterizzano la cefalea essenziale (familiarità, stress, presenza di aura ecc.), la forma più frequente di cefalea in età pediatrica. D'altra parte, la presenza di familiarità così come la normalità dell'esame neurologico e del *fundus oculi* non possono escludere la natura secondaria della cefalea. In particolare, il riscontro di papilledema si osserva essenzialmente in corso di lesioni espansive che determinano l'instaurarsi di ipertensione endocranica, condizione tipica soprattutto delle lesioni sotto-tentoriali. Pertanto, nel sospetto ragionevole di una cefalea secondaria, il pediatra non deve esitare a richiedere l'esecuzione di un esame radiologico (TC o meglio RM), anche con carattere di urgenza. La RM appare particolarmente utile per discriminare la natura vascolare-malformativa o neoplastica di una lesione espansiva. Questo caso è peculiare per la presenza di una cefalea secondaria a una lesione espansiva cerebrale rara in età pediatrica (prevalenza dell'angioma cavernoso 0,3-0,7% della popolazione generale con picco nella III-V decade) in cui l'esame obiettivo neurologico risultava assolutamente nella norma.

tratto da: [Le Giornate di Medico e Bambino](#), Lecce, 4-5 maggio 2012

Vuoi citare questo contributo?

*E. Alberti, M. Del Pistoia, M. Leoni, F. Vierucci. LA SOLITA CEFALEA?. Medico e Bambino pagine elettroniche 2013; 16(2) [http://www.medicoebambino.com/?id=PSR1302\\_10.html](http://www.medicoebambino.com/?id=PSR1302_10.html)*