

MeB – Pagine Elettroniche

Volume XXI

Dicembre 2018

numero 10

I POSTER DEGLI SPECIALIZZANDI

COLPI DI TESTA

Ester Conversano

IRCCS Materno-Infantile “Burlo Garofolo”, Università di Trieste

Indirizzo per corrispondenza: esterconversano@gmail.com

Un ragazzo di 11 anni giunge in Pronto Soccorso per un trauma cranico minore: durante l'allenamento di basket, dopo essersi scontrato frontalmente con un compagno andando a canestro, è caduto all'indietro sbattendo a terra il capo in sede occipitale; non ha perso coscienza, però non ricorda l'accaduto. In Triage il punteggio secondo la *Glasgow Coma Scale* è di 15; appare un po' sonnolento, ma risvegliabile; risponde in maniera adeguata alle domande, anche se appare un po' rallentato; appena iniziamo a visitarlo presenta 3 episodi di vomito; l'esame obiettivo e quello neurologico risultano completamente nella norma.

Decidiamo, alla luce di una sintomatologia un po' dubbia, di tenerlo in Osservazione. Durante la prima ora il ragazzo si addormenta, e al risveglio riferisce la comparsa di cefalea; lo rivalutiamo e l'esame neurologico si riconferma nella norma; notiamo però la comparsa di un rash fugace al volto e al collo: questo elemento ci guida a pensare che si tratti di una crisi di emicrania scatenata dal trauma; la mamma infatti ci conferma che durante l'estate ha presentato due episodi di emicrania caratterizzati da fotofobia, nausea, vomito e che si sono risolti con l'antidolorifico e il riposo in un ambiente tranquillo.

Somministriamo dunque la terapia antiemetica e antidolorifica (non scegliamo un FANS per il rischio teorico di un sanguinamento post-traumatico) e lo lasciamo riposare, ma a 3 ore dal trauma presenta di nuovo 3 episodi di vomito. Pur con un'obiettività neurologica che permane

negativa, siamo di fronte alle bandierine rosse del trauma cranico: vomito a distanza (anche se non oltre le canoniche 6 ore), amnesia, sonnolenza, cefalea ingravescente. Eseguiamo quindi una RM encefalo che risulta totalmente nella norma.

Qual è allora la diagnosi? Siamo di fronte a un **trauma cranico “complicato” con una crisi di emicrania**; questo accade perché il trauma cranico e il dolore costituiscono dei *trigger* di scatenamento dell'emicrania.

Come riconoscere un'emicrania acuta post-traumatica? La crisi presenterà le medesime caratteristiche degli episodi pregressi; nel nostro caso erano presenti nausea, vomito e fotofobia; peculiare di questo caso è il *flushing* al volto: nel bambino, i sintomi autonomici (lacrimazione/ipеремia/prurito congiuntivale, ptosi, miosi, edema periorbitale, rinorrea, *flushing*) si presentano più spesso bilateralmente (come del resto l'emicrania), accompagnano il 70% delle emicranie, più frequentemente che nell'adulto, e per questo possono essere particolarmente utili nel guidare la diagnosi come nel nostro caso.

Avremmo potuto “risparmiare” la RM? Nonostante la dinamica di un trauma cranico minore, le bandierine rosse non potevano esimerci dall'escludere una complicanza acuta, con una buona tranquillità, però, che la diagnosi di emicrania sarebbe stata riconfermata.