

GG è una bambina indiana di 8 anni, adottata da famiglia friulana assieme ai due fratellini di 6 e 3 anni. Non sono disponibili informazioni sull'anamnesi, se non il trattamento per giardiasi, scabbia, pediculosi e mollusco contagioso all'arrivo in Italia otto mesi prima.

Viene ricoverata in stato post-critico dopo una crisi epilettica generalizzata: al mattino i genitori hanno sentito un rumore ritmico provenire dalla sua stanza e l'hanno trovata a terra in preda a clonie generalizzate, seguite da fase di sopore post-critico. Si sono verificati episodi analoghi sospetti nei giorni precedenti, sempre al risveglio.

Risolto il post-critico, l'obiettività neurologica risultava negativa e lo sviluppo adeguato all'età.

L'EEG evidenziava attività lenta di banda theta-delta a carico dell'intero emisfero destro. La TC rilevava solamente una lieve ipodensità in sede parietale destra (Figura 1) che, data anche la concordanza di lato dell'EEG, induceva alla esecuzione di una RMN che individuava, nella stessa sede, un'area focale di alterato segnale, ipointensa in T1 e iperintensa in T2, assumente contrasto nella parte più periferica configurando un'immagine ad anello, circondata da alone edematoso (Figura 2).

Esami ematici: eosinofili $920/\text{mm}^3$, IgE 3746 U/mL, VES 50, PCR < 3 mg/L. Il riscontro di un lieve movimento delle transaminasi (AST 90 U/L, ALT 65 U/L) risultato poi transitorio, induceva all'esecuzione di una ecografia epatica, che escludeva lesioni. La Mantoux, la sierologia per echinococco, la ricerca per parassiti fecali risultavano negative.

Questi esami e l'approfondimento diagnostico differenziale nei riguardi di altre cause di simili immagini ad anello portavano alla decisione di sospendere l'esplorazione chirurgica e all'esecuzione dell'esame sierologico per neurocisticercosi presso il Laboratorio di Medicina Tropicale di Negrar (VR), che risultava significativamente alterato.

Nonostante le indicazioni pervenute fossero quelle di un trattamento protratto con albendazolo, steroidi, antiepilettici, ci siamo limitati a un singolo ciclo di albendazolo.

I due fratellini della bambina sono stati studiati allo stesso modo. In uno dei due sono state messe in evidenza con la

Crisi epilettica d'importazione

GIOVANNI CRICHIUTTI

Clinica Pediatria - DPMSC, Policlinico Universitario di Udine

RMN due lesioni asintomatiche (Figura 3). La bambina successivamente non ha più avuto alcun disturbo (follow up di quattro anni); una prima risonanza dopo 5 mesi ha evidenziato la scomparsa

dell'edema pericistico e il controllo a distanza di tre anni la sparizione della cisti. Stesso decorso hanno avuto le due lesioni asintomatiche evidenziate con RMN in uno dei due fratellini.



Figura 1. TC del paziente.



Figura 2. RMN del paziente.

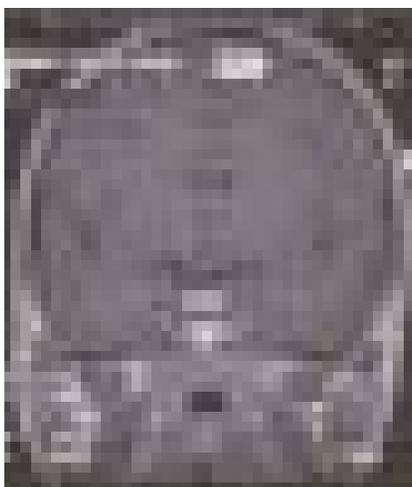


Figure 3 e 4. RMN del fratellino.



Neurocisticercosi

La neurocisticercosi umana rappresenta un incidente nel normale ciclo biologico della *Taenia solium* e, quando le cisti sono singole o poco numerose (come spesso avviene in età pediatrica, soprattutto se il bambino emigra dalla zona endemica, evitando la continua riosposizione), sono destinate all'autorisoluzione dando segno di sé solo nella fase di flogosi perilesionale all'epoca della necrosi cistica, oppure quando la localizzazione possa interferire con il circolo liquorale. Va quindi sospettata questa patologia nella popolazione dei bambini immigrati dall'India e dal Centro-Sud America, che presentino disturbi neurologici, in particolare crisi epilettiche, per un corretto inquadramento diagnostico e per la terapia. Quest'ultima spesso potrà essere limitata tutt'al più a un breve ciclo di albendazolo, come nel caso descritto

ma, in alcuni casi selezionati, potrà richiedere un trattamento medico più complesso (anti-epilettici, steroidi) o quello chirurgico.

Bibliografia

1. Mitchell WG, Crawford TO. Intraparenchymal cerebral Cysticercosis in children: diagnosis and treatment. *Pediatrics* 1988;82:76-82.
2. Estanol B, et al. A prognostic classification of cerebral cysticercosis: therapeutic implications. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1986; 49:1131-4.
3. Del Brutto O. Single parenchymal brain cysticercus in the acute encephalic phase: definition of a distinct form of neurocysticercosis with a benign prognosis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1995;58:247-9.
4. Despommier DD. Tapeworm infection-the long and the short of it. *NEJM* sept.3,1992; vol.327, No 10:727-8.
5. Consensus: Diagnosis and management of neurocysticercosis in children. *Pediatr Infect Dis J* 1993;Vol.12,No.6,June.

NEUROCISTICERCOSI NEL BAMBINO IMMIGRATO: PROPOSTA DI RACCOLTA DI CASI

Il caso di neurocisticercosi riportato nella rubrica iconografica di questo numero, come altri da noi seguiti, è emblematico dell'andamento particolarmente benigno che la malattia sembra assumere nei pazienti emigrati in età pediatrica verso aree non endemiche, come sembra apparire da alcune segnalazioni nord-americane. Tali situazioni richiederebbero effettivamente solo un trattamento di minima e un atteggiamento rassicurante nei confronti dei genitori adottivi, senza naturalmente dimenticare i rischi di complicazioni e la necessità di mantenere una ragionevole sorveglianza. Data la frequente e crescente presenza in Italia di bambini immigrati o adottati provenienti dai Paesi ad alta endemia (in particolare India e Centro-Sud America), sarebbe interessante raccogliere i casi diagnosticati in Italia allo scopo di avere un quadro dell'andamento clinico ed epidemiologico in questa popolazione, con particolare riguardo alla frequenza delle diagnosi in assoluto e delle eventuali complicazioni.

Chi fosse interessato all'argomento avendo riscontrato dei casi è invitato a contattare il dott. G. Crichiutti, Clinica Pediatrica di Udine
Tel. 0432-559244-1
Fax 0432-559258
e-mail: g.crichiutti@med.uniud.it