

Queste pagine rappresentano la finestra delle pagine elettroniche su M&B cartaceo. Contributi originali. I testi in extenso sono pubblicati on line

## Casi contributivi



**UN CASO DI EMICRANIA CONFUSIONALE**  
 C. Locatelli, R. Ciambra, S. Facchini, M. Bensa, V. Leone,  
 V. Moretti, M. Pocecco  
 UO di Pediatria, Ospedale "Maurizio Bufalini", Cesena

### A CASE OF CONFUSIONAL MIGRAINE

**Key words** Confusional migraine, Metoclopramide

**Summary** A case of confusional migraine, which progressed to unconsciousness and was successfully treated with iv metoclopramide and salicylates, is described.

**Introduzione** - L'emicrania confusionale è una forma atipica di emicrania, caratterizzata principalmente da cefalea associata a stato confusionale, sopore, agitazione e disorientamento, che di rado può rapidamente progredire verso un coma generalmente di I-II grado della GCS. A volte possono essere presenti segni neurologici (atassia, nistagmo, allucinazioni...) e disturbi vegetativi (nausea, vomito, ipotensione, aritmie, apnee). In alcuni casi il quadro clinico è dominato da un'amnesia globale transitoria. La crisi può essere precipitata da un trauma cranico, in genere di lieve entità, o da uno stress fisico-psichico intenso; tipicamente si risolve nell'arco di alcune ore.

**Il caso** - S.N., 12 anni, giunge alla nostra osservazione per la comparsa di un'improvvisa cefalea associata a stato confusionale e

impossibilità a leggere e a concentrarsi. È disorientata, pallida, sudata, agitata e presenta conati di vomito. Ha un eloquio rallentato, dice frasi senza senso e riferisce una riduzione del visus. La progressione verso uno stato comatoso è rapida: apre gli occhi solo su stimolo verbale e risponde alle domande usando parole inappropriate (coma di I-II grado della GCS). Nessuna alterazione chimico-clinica. La TC cerebrale risulta negativa e l'EEG mostra un'attività lenta theta e delta diffusa. Valorizzando la storia personale della bambina di precedenti episodi di cefalea di breve durata e l'anamnesi familiare positiva per emicrania, si procede con la somministrazione e.v. di salicilato di lisina 1000 mg e metoclopramide 10 mg, cui segue un rapido miglioramento delle condizioni cliniche. A distanza di un'ora N. è completamente vigile, normoreattiva e ben orientata, ricorda l'accaduto anche se in modo un po' confuso e lamenta solo una modesta cefalea in sede bitemporale. L'EEG di controllo, ripetuto dopo cinque ore dall'episodio, dimostra una completa normalizzazione. Formalizziamo quindi la diagnosi di emicrania confusionale.

**Il contributo** - Il nostro caso, con il suo esordio improvviso e la sua rapida risoluzione, è un esempio tipico di una condizione non rara, ma insufficientemente nota, l'emicrania confusionale. L'associazione terapeutica di salicilato di lisina e metoclopramide, di recente raccomandata come terapia dell'emicrania a grappolo, e più in generale dell'emicrania, si è rivelata straordinariamente efficace, interrompendo la crisi.



**UN CASO DI EMOSIDEROSI POLMONARE IDIOPATICA**  
 R. Cerchio - Divisione di Ematologia pediatrica del Dipartimento di Immuno-Infettivologia ed Emato-Oncologia pediatrica, Università di Torino, Ospedale Infantile "Regina Margherita - S. Anna"

### IDIOPATHIC PULMONARY EMOSIDEROSIS

**Key words** Idiopathic pulmonary hemosiderosis, Iron-deficiency anemia

**Summary** A case of idiopathic pulmonary hemosiderosis with iron-deficiency anemia as the only presenting sign is described.

**Il caso** - Una ragazzina di 12 anni viene ricoverata per anemia persistente. Da sempre ha scarsa tolleranza allo sforzo fisico con facile affaticabilità e dispnea. Nel mese di maggio episodio febbrile con dolori osteoarticolari e prolungata astenia. Dopo ripetute richieste viene riferito un possibile singolo episodio di emoftoe, quantitativamente poco importante, e un altro episodio di probabile ematuria. Il 18 settembre le viene somministrata la terza e ultima dose della vaccinazione anti-epatite B. Il 26 settembre esegue su indicazione del pediatra di famiglia alcuni accertamenti cardiologici (elettrocardiogramma ed ecocardiogramma, entrambi nella norma) ed ematologici: spiccata anemia microcitica ipocromica (Hb 7,5 g/dl; MCV 73,9 fl; MCH 22,9 pg; MCHC 30,9 g/dl; RBC 3.280.000/mm<sup>3</sup>; Ret 78.000/mm<sup>3</sup>; Ferro 12 mcg/dl; Ferritina 66,7 ng/ml); normali il numero di leucociti e la PCR, lievemente aumentato il livello di piastrine (Plt 518.000/mm<sup>3</sup>).

Ricovero presso l'Ospedale di Ivrea. Confermato il quadro di anemia con microcitosi, iposideremia con ridotta saturazione della transferrina ma normoferritinemia; dubbi segni di emolisi (lieve aumento dei livelli di LDH e di bilirubina indiretta, aptoglobina normale); normalità dell'assetto emoglobinico, dei livelli di fo-

lati e di vitamina B12 e dell'attività dell'enzima glucosio-6-fosfato-deidrogenasi. Solo minimamente alterata la curva di fragilità osmotica delle emazie (50% di emolisi a concentrazioni di NaCl dello 0,37%). Negativi anche l'esame delle urine, la creatininemia, la ricerca di sangue occulto nelle feci, il dosaggio degli anticorpi anti-*Helicobacter* e di quelli anti-endomisio nel siero. La radiografia del torace evidenzia un apparentemente aspecifico rinforzo della trama vasculo-bronchiale; l'ecografia addominale risulta nella norma. Trasfusione di emazie concentrate in data 11 dicembre, con successivo e immediato netto miglioramento del quadro clinico. La paziente viene quindi trasferita al nostro Centro. Gli esami confermano l'anemia sideropenica non emolitica, associata a un quadro morfologico midollare normale, senza evidenza di perdite occulte gastrointestinali. Nel corso del ricovero si registra nuovo brusco episodio di anemizzazione con immediato peggioramento del quadro clinico, caratterizzato da profonda astenia e dispnea. Viene nuovamente eseguita una radiografia del torace, che evidenzia un impegno a livello interstiziale, più evidente in sede medio-basale sinistra. La paziente viene sottoposta a TAC del torace a strato sottile, prove spirometriche di funzionalità respiratoria e successivamente a broncoscopia con ricerca di siderofagi su aspirato da broncolavaggio. Gli esami risultano tutti positivi per interstiziopatia e fibrosi polmonare con presenza di numerosi siderofagi e viene così confermata la diagnosi di emosiderosi polmonare di natura verosimilmente idiopatica.

**Il contributo** - L'emosiderosi polmonare idiopatica è probabilmente una malattia immunomediata, a eziologia multipla, rara, correlata, in passato, a ipersensibilità alle proteine del latte vaccino, e resasi oggi forse più rara (così come si sono rese rare le forme severe di ipersensibilità al latte). Questo è un caso a insorgenza apparentemente tardiva. Non è impossibile correlarlo in via di ipotesi alla vaccinazione anti-HBV.