

MeB - Pagine Elettroniche

Volume XXII

Luglio 2019

numero 7

PEDIATRIA AMBULATORIALE E PEDIATRIA D'URGENZA

REPETITA IUVANT (... A FAR DIAGNOSI)

Alessandra Quagliarella¹, Viola Crescitelli¹, Debora Sala², Chiara Vimercati²

¹Clinica Pediatrica, Ospedale San Gerardo Monza, Università di Milano Bicocca

²Clinica Pediatrica, Ospedale San Gerardo Monza, Fondazione MBBM

Indirizzo per corrispondenza: a.quagliarella@campus.unimib.it

N. è una ragazza di 14 aa con grave obesità (BMI 46). Giunge presso il nostro Pronto Soccorso per episodio lipotimico e malessere insorti a scuola; all'same obiettivo riscontro di emisindrome destra, sguardo deviato a sinistra e disartria. La TC dell'encefalo, eseguita in urgenza, mostra un'area focale a densità liquorale in sede fronto-ipercolare sinistra, confermata alla RM; l'angio-RM evidenzia occlusione del ramo M1 dell'ACM sinistra. Per tale motivo N. viene sottoposta a trombectomia meccanica con completa ricanalizzazione del vaso e viene avviata terapia profilattica con EBPM e ASA.

Al fine di indagare la causa dell'episodio ischemico, eseguiamo un ecocardiogramma trans-esofageo con riscontro di vegetazione mitralica sospetta per endocardite. È stata pertanto avviata terapia ev con ceftriaxone e vancomicina. Le indagini infettivologiche eseguite sono risultate tutte negative. A distanza di 10 giorni, secondo episodio ictale caratterizzato da parestesie formicolanti all'emisoma destro; alla TC encefalo evidenza di lesione ischemica parietale post-centrale sinistra. Per escludere la presenza di altri foci embolici, è stata eseguita TC torace-addome con riscontro di trombosi massiva della vena giugulare interna destra, pregressa sede di inserzione di CVC, della succlavia destra e ascellare destra, sede di inserzione di PICC. Per tale motivo è stata aumentata a

dose scoagulante la terapia con EBPM e sospesa ASA. Lo screening trombofilico non ha documentato presenza di trombofilie genetiche o plasmatiche ma ha evidenziato un assetto pro-trombotico caratterizzato da aPTT corto e incremento di fibrinogeno e fattore di Von-Willebrand (> 300%). A distanza di un mese, nuovo episodio di cefalea sovraorbitaria e parestesie formicolanti all'emisoma destro. L'angio-TC e la RM encefalo non hanno mostrato lesioni ischemiche recenti ma hanno evidenziato una dilatazione dell'arteria cerebrale media. La RM encefalo 3 tesla eseguita ad approfondimento diagnostico, ha confermato la presenza di lesione compatibile con aneurisma micotico e ha evidenziato numerose lesioni ischemiche pregresse compatibili con una genesi cardio-embolica. Al controllo ecocardiografico eseguito a 2 mesi di distanza dal primo episodio, abbiamo riscontrato una completa regressione della lesione mitralica.

Conclusioni

Sebbene lo stroke sia un evento raro in età pediatrica, è un'importante fonte di morbidità.

A differenza dell'adulto, nel bambino le cause sono molteplici. L'identificazione dell'eziologia è fondamentale per prevenire il rischio di eventi trombo-embolici ricorrenti, come nel nostro caso.