Settembre 2012

http://www.medicoebambino.com
/?id=PSR1207_60.html

MEDICO E BAMBINO
PAGINE ELETTRONICHE

I POSTER DEGLI SPECIALIZZANDI

Non tutti i mali vengono per nuocere

N. GAIAS, D. BETTATI
Università degli studi di Sassari, Scuola di specializzazione in Pediatria
indirizzo per corrispondenza: nadiagaias@yahoo.it

Il piccolo A. di 7 mesi, è giunto in PS verso le 21.30 di sabato sera, appena dopo essere sbarcato con la famiglia dal traghetto che doveva portarli in vacanza. Durante la traversata in occasione di un cambio pannolino A. è caduto dal letto a castello, sbattendo la fronte. Per questo i genitori preoccupati lo portano nel nostro ambulatorio di accettazione pediatrica. All'E.O.G. il piccolo è apparso in discrete condizioni generali, vigile, reattivo; pupille isocoriche, isocicliche e normoreagenti alla fotostimolazione; obiettività cardiopolmonare nella norma, FC 100 bpm, PA 90/60 mmHg, Sat.O_2 100% in aria ambiente; addome trattabile, apparentemente né dolente né dolorabile; lieve escoriazione in regione frontale sx. Sottoposto a visita neurochirurgica (nella norma), è stata predisposta l'osservazione presso la Clinica Pediatrica. All'ingresso in reparto, ha eseguito esami ematochimici di routine e profilo coagulativo risultati nella norma. Verso le 22.30 in seguito alla comparsa di due episodi di vomito il piccolo ha iniziato terapia reidratante con souzione bilanciata alla velocità di 30 ml/h. Dopo una notte tranquilla, per il riscontro di sonnolenza ed un ulteriore episodio di vomito è stata richiesta TAC-cranio urgente che ha escluso lesioni post-traumatiche, evidenziando però un'area ipodensa in fossa cranica posteriore, a livello della tonsilla di dx, di dubbia interpretazione. Per tale motivo il giorno seguente, il paziente ha eseguito RMN-encefalo con MDC e Angio-RMN encefalo. Il primo esame ha confermato in sede cerebellare inferiore dx la presenza di una lesione espansiva di circa 1,5 x 1,5 x 2,5 cm, disomogeneamente iperintensa in T2, isoiperintensa in Flair, ipointensa in T1 con restrizione della diffusione ed esili strie di enhancement dopo la somministrazione di MDC. (*Figura 1* e *Figura 2*)

Nel suo contesto si apprezzano minute aree ipointense in T2 da riferire a esiti di micro sanguinamenti. La lesione anteriormente contrae rapporto con l'arteria cerebellare postero inferiore, esercitando una lieve impronta sulla superficie posterolaterale dx del bulbo e infiltrando la tonsilla cerebellare omolaterale che appare modicamente ptosica al di sotto del forame occipitale (5 mm); superomedialmente esercita una modica impronta sul verme. Un'alterazione di segnale che potrebbe rappresentare segno d'infiltrazione controlaterale si apprezza a livello della tonsilla cerebellare di sx. Lateralmente la lesione appare delimitata da una stria di alterato segnale compatibile con edema perilesionale. Le restanti strutture cerebrali risultano nella norma. Lo studio angioRMN non evidenzia presenza di definite alterazioni a carico dei principali vasi arteriosi intracranici. Per le caratteristiche evidenziate, la giovane età e la sede, il radiologo pone in prima ipotesi il sospetto di medulloblastoma, non potendo escludere però una forma desmoplastica o un ependimoma. Non si rilevano ulteriori alterazioni di segnale a carico delle regioni sotto e sopratentoriali. Data la lontananza dal domicilio, i genitori del piccolo, in accordo coi sanitari, decidono di trasferire A. presso l'Unità di Neurochirurgia della loro città. All'arrivo in Ospedale il piccolo appare sveglio, reattivo, con pupille isocoriche, normoreagenti. Muove i 4 arti senza apparenti asimmetrie, né clonie. Presenta buon tono di arti, tronco e capo. Il piccolo A. è sottoposto ad intervento chirurgico per asportazione della lesione. Dall'esame istologico si evidenzia che il materiale accoglie lembi di

parenchima cerebellare con associate numerose strutture vascolari proliferanti (saltuarie figure mitotiche) per lo più a parete sottile sullo sfondo di aree di microinfarcimento emorragico, numerosi elementi istiocitari e fenomeni di densa gliosi perilesionale. Particolarmente in due frammenti si repertano inoltre espressioni di necrosi e di flogosi suppurativa. I reperti suggeriscono una natura primitivamente vascolare della lesione di tipo angiomatoso.
Il piccolo A. esegue RM-encefalo post-operatoria che mostra buon esito dell'intervento, non evidenti residui tumorali, non dilatazione ventricolare. A. viene dimesso in buone condizioni cliniche, EON nella norma. Qesto episodio ci mostra che non tutti i mali vengono per nuocere! Il banale incidente ha permesso una diagnosi pecoce ed un intervento tempestivo. Il piccolo A. a distanza di 3 mesi dall'episodio sta bene e ci saluta con affetto.

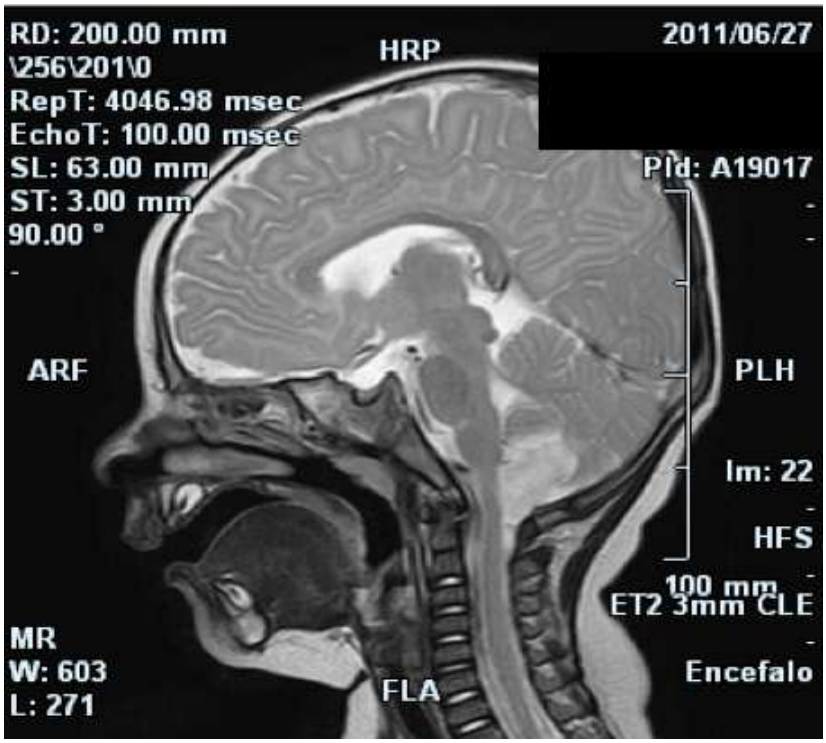

Figura 1. RM dell'encefalo

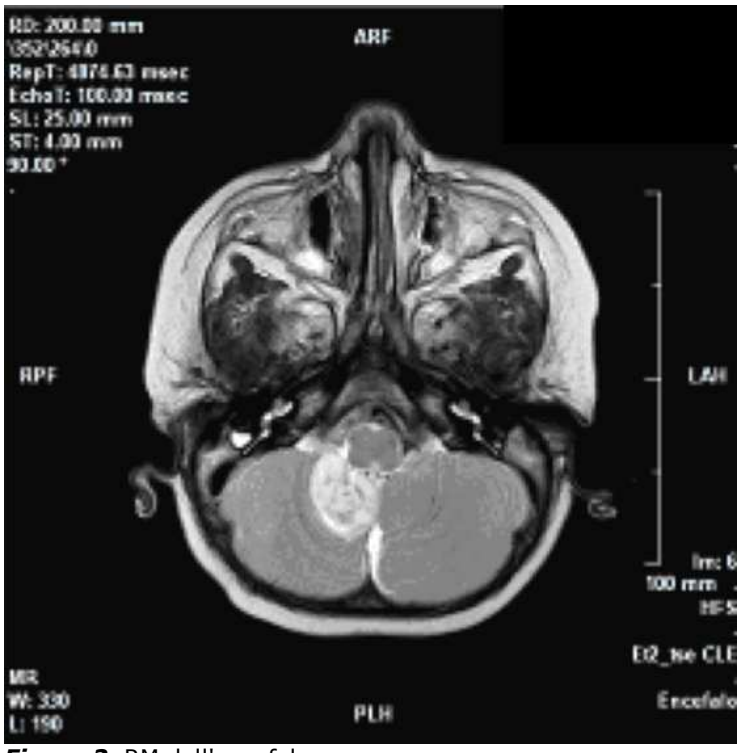

Figura 2. RM dell'encefalo

Scarica il PPT

tratto da: Confronti Giovani, **XXIV Congresso Nazionale Confronti in Pediatria**
Trieste, Palazzo dei Congressi della Stazione Marittima 2-3 dicembre 2011

Vuoi citare questo contributo?
N. Gaias, D. Bettati. NON TUTTI I MALI VENGONO PER NUOCERE. *Medico e Bambino pagine elettroniche* 2012; 15(7) http://www.medicoebambino.com/?id=PSR1207_60.html