

## MeB - Pagine Elettroniche

Volume XXVII

Ottobre 2024

numero 8

### I POSTER DEGLI SPECIALIZZANDI

#### NISTAGMO E DIPLOPIA: OCCHIO ALLA DIAGNOSI

Valentina Savino<sup>1</sup>, Tommaso Bellini<sup>2</sup>, Laura Siri<sup>3</sup>, Elisa De Grandis<sup>1,3</sup>, Domenico Tortora<sup>4</sup>,  
Emanuela Piccotti<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Dipartimento di Neuroscienze, Riabilitazione, Oftalmologia, Genetica e Scienze Materno-Infantili (DiNOGMI),  
Università di Genova

<sup>2</sup>Pediatria d'Urgenza e Pronto Soccorso, <sup>3</sup>Unità di Neuropsichiatria, <sup>4</sup>Unità di Neuroradiologia,  
IRCCS "Giannina Gaslini", Genova

Indirizzo per corrispondenza: valesav28@gmail.com

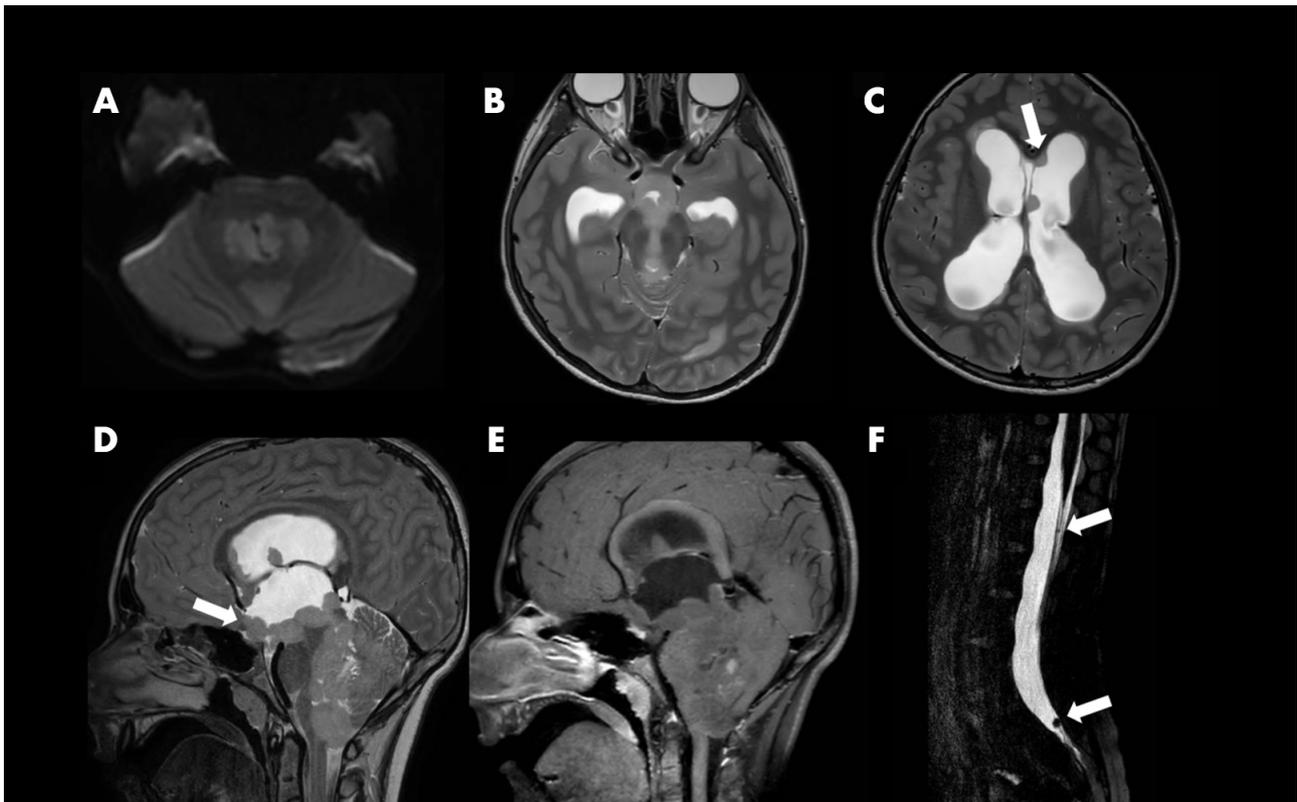
Il **medulloblastoma** è il tumore cerebrale maligno più frequente in età pediatrica, la cui sede principale è il cervelletto. I pazienti colpiti, alla diagnosi generalmente presentano già segni e sintomi di disfunzione cerebellare e deficit dei nervi cranici secondari ad aumento della pressione intracranica. Il nostro caso clinico vuole sottolineare l'importanza del mantenere un elevato sospetto clinico e la necessità di una valutazione dettagliata e tempestiva anche in quei pazienti che, come nel nostro caso, presentino solo sintomi e segni sfumati in anamnesi e all'esame obiettivo, al fine di intraprendere precocemente un adeguato *iter* diagnostico-terapeutico.

Un bambino di 11 anni, precedentemente sano, veniva condotto presso il nostro Pronto Soccorso per una storia di diplopia intermittente comparsa da circa un mese. I principali segni all'esame clinico erano un nistagmo orizzontale battente a destra con una componente verticale nello sguardo verso l'alto e alla valutazione oculistica riscontro di un papilledema bilaterale; non presentava cefalea, vomito, bradicardia o altri segni cerebellari come atassia, dismetria, disdiadococinesia o tremore.

Veniva eseguita una risonanza magnetica cerebrale con evidenza di una voluminosa massa disseminata con coinvolgimento del quarto ventricolo, dell'acquedotto mesencefalico e con diffusione del liquido cerebrospinale lungo i ventricoli laterali e il midollo spinale con conseguente idrocefalo scompensato e ipertensione intracranica (*Figura*).

Si eseguiva pertanto esame biotico della lesione che confermava la diagnosi istologica di medulloblastoma nonché la sua inoperabilità a causa della disseminazione.

È interessante notare come il nostro paziente manifestasse come unico sintomo una diplopia intermittente e all'esame clinico solo un nistagmo multidirezionale in assenza di altri segni neurologici, enfatizzando così l'importanza del mantenere sempre un elevato sospetto clinico e la necessità di una valutazione dettagliata e tempestiva, anche in quei pazienti che presentino solo sintomi e segni sfumati, come la diplopia e il nistagmo del nostro caso, al fine di ottenere una diagnosi il più precocemente possibile.



**Figura.** Immagini RM del bambino di 11 anni con medulloblastoma: sezione assiale in DWI (A) immagini T2- pesate (B-C), sezioni sagittali T2-pesate (D), T1-postcontrasto (E). Le immagini T2-DRIVE sagittali spinali (F) mostrano una lesione massiva voluminosa nel quarto ventricolo e nell'acquedotto mesencefalico con disseminazione nodulare nei ventricoli laterali e nel midollo spinale (freccie). Le lesioni hanno determinato un idrocefalo sopratentoriale.