

MeB - Pagine Elettroniche

Volume XXIX

Settembre 2026

numero 7

I POSTER DEGLI SPECIALIZZANDI

UN MAL DI TESTA DA MANDARTI IN CONFUSIONE

Sara Cencioni¹, Marta Ferretti², Emanuela Piccotti², Margherita Mancardi³, Roberta Canicatti¹

¹DINOEMI, Università di Genova

²Pediatria d'Urgenza e Pronto Soccorso, ³Neuropsichiatria Infantile, IRCCS Istituto Giannina Gaslini, Genova

Indirizzo per corrispondenza: cencionisara98@gmail.com

CASO CLINICO

Ragazzina di 11 anni giungeva in Pronto Soccorso (PS) per comparsa di marcato disorientamento e comportamento inusuale da alcune ore, accompagnati da vomito, cefalea e alcuni episodi di diarrea acquosa il giorno precedente. L'anamnesi personale risultava negativa per patologie di rilievo; negati traumi, assunzione di farmaci o precedenti neurologici, a eccezione, a un approfondimento anamnestico successivo, di un episodio in passato di cefalea associato a lieve confusione, a rapida risoluzione. Presente, inoltre, familiarità materna per emicrania.

All'ingresso la paziente risultava febbricitante, con restanti parametri vitali nei limiti. Alla valutazione clinica si riscontrava stato neurologico caratterizzato da agitazione, irritabilità, rallentamento ideomotorio con risposte verbali spesso incongrue, difficoltà nell'esecuzione di comandi semplici, movimenti afinalistici stereotipati; non rigidità nucale, dubbia lieve positività al Lasègue, dermatografismo rosso positivo. I nervi cranici risultavano indenni; ROT normoelicitabili, deambulazione possibile, ma instabile. Prove di forza e coordinazione non eseguibili per scarsa collaborazione. Durante il monitoraggio in PS si segnalava inoltre bradipnea in sonno con pause respiratorie e desaturazione, con ripresa se stimolata, per cui non è mai stato necessario supporto respiratorio.

Gli esami ematici mostravano solo lieve neutrofilia e lieve rialzo della PCR; screening tossicologico negativo. L'EEG evidenziava un *pattern* lento patologico a onde delta prevalenti alternate a theta (*Figura*). Le diagnosi differenziali puntavano verso un evento emicranico o una sospetta encefalite.

Dopo la somministrazione di terapia sintomatica (analgesico e antiemetico) e a seguito di un sonno profondo durato circa due ore, si assisteva a un netto miglioramento

clinico, con completa normalizzazione del quadro neurologico. La RM encefalo eseguita successivamente documentava allo studio di perfusione una lieve riduzione del segnale ASL (*Arterial Spin Labeling*) in sede occipito-parietale a sinistra, reperto compatibile con alterazioni emicraniche.

DISCUSSIONE

L'**emicrania confusionale acuta** (ACM) è una forma rara, benigna e autolimitante di emicrania¹, più frequente in età pediatrica e adolescenziale, che si può presentare come manifestazione d'esordio. A differenza delle forme più comuni di emicrania, in cui i disturbi neurologici si presentano con uno stato di coscienza conservato, l'ACM si caratterizza per alterazione della coscienza a insorgenza improvvisa, confusione, disorientamento e agitazione, spesso associati o seguiti da cefalea. Gli esami laboratoristici non sono solitamente significativi^{2,3}, mentre l'EEG può mostrare rallentamento diffuso in banda delta, talora con attività delta ritmica intermittente frontale (FIRDA), in genere reversibile⁴. Non esistono criteri diagnostici specifici³ e la diagnosi è di esclusione, dopo aver valutato altre cause di confusione acuta quali patologie vascolari, encefaliti, intossicazioni o disordini metabolici.

La limitata disponibilità di dati in Letteratura⁵ e l'assenza di una classificazione specifica nell' ICHD-3 (*International Classification of Headache Disorders*) contribuiscono alla limitata consapevolezza tra i clinici e alla difficoltà diagnostica, soprattutto in assenza di anamnesi significativa; tuttavia, anche in caso di riconoscimento precoce, l'esecuzione di una neuroimmagine è necessaria al fine di escludere patologie per le quali sia necessario un intervento in urgenza.

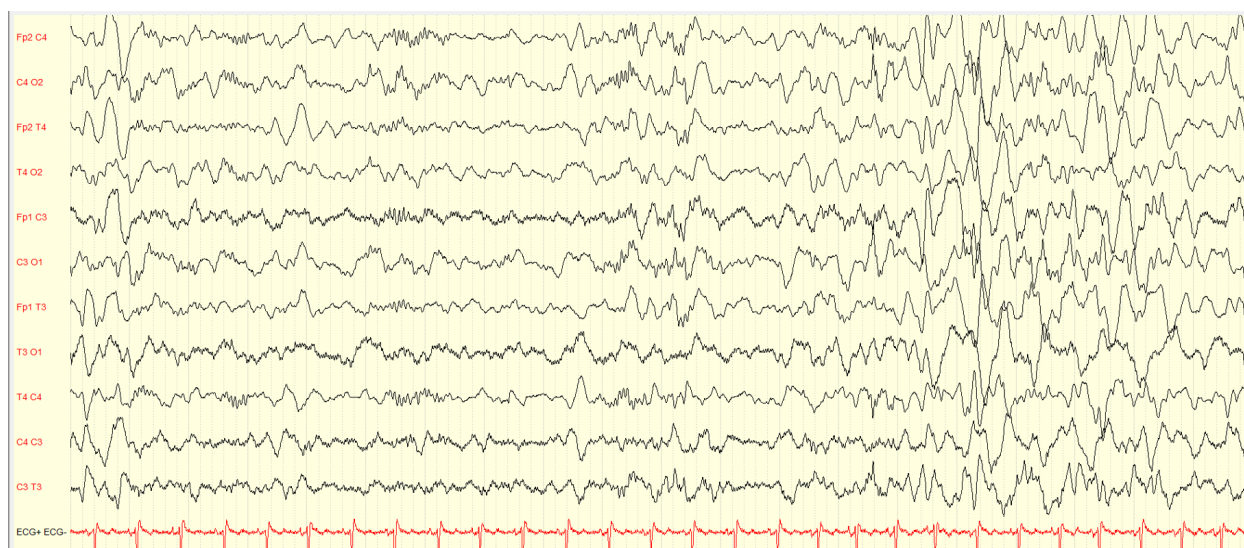


Figura. Referto EEG.

BIBLIOGRAFIA

- [1] Howell DM, Lamouree G. Acute Confusional Migraines: A Case Report. Clin Pract Cases Emerg Med 2024;8(3):206-10. DOI: 10.5811/cpcem.4918.
- [2] Farooqi AM, Padilla JM, Monteith TS. Acute Confusional Migraine: Distinct Clinical Entity or Spectrum of Migraine Biology? Brain Sci 2018;8(2):29. DOI: 10.3390/brainsci8020029.
- [3] Ferreira KDS, Velly AM. Acute Confusional Migraine: Case Reports and Discussion as a Distinct Entity. Case Rep Neurol Med 2025;2025:5382669. DOI: 10.1155/crnm/5382669.
- [4] Kim DE, Shin JH, Kim YH, Eom TH, Kim SH, Kim JM. Source localization of intermittent rhythmic delta activity in a patient with acute confusional migraine: cross-spectral analysis using standardized low-resolution brain electromagnetic tomography (sLORETA). Neurol Sci 2016;37(1):89-95. DOI: 10.1007/s10072-015-2367-y.
- [5] Molina Gutiérrez MÁ, Ventas Maestre R, Rodríguez Sánchez C, Díaz de Terán J. Clinical characterization of pediatric acute confusional migraine: a single-center case series. Acta Neurol Belg 2024;124(5):1605-10. DOI: 10.1007/s13760-024-02582-1.