

MeB – Pagine Elettroniche

Volume XVII

Gennaio 2014

numero 1

CASI INDIMENTICABILI

Trauma cranico minore. Ma quanto minore?

Giovanna La Fauci¹, Martina Fornaro¹, Alessia Paladini²,
Enrico Valletta¹

¹ *UO di Pediatria, Ospedale "G.B. Morgagni - L. Pierantoni", AUSL della Romagna*
² *Scuola di Specializzazione in Pediatria, Università di Ferrara*

Indirizzo per corrispondenza: g.lafauci@ausl.fo.it

Z. ha 3 anni e giunge da noi per cefalea intensa. Undici giorni prima c'era stato un trauma cranico occipitale per caduta accidentale mentre era in piedi sul tavolo di casa (circa 1 metro e mezzo di altezza). Il bambino aveva pianto subito, non aveva perso conoscenza né erano visibili tumefazioni della volta cranica. A circa 48 ore dall'evento per comparsa di cefalea frontale, soprattutto durante l'attività fisica, responsiva ai FANS e in assenza di risvegli notturni, il bambino era stato valutato in pronto soccorso da dove era stato dimesso in assenza di evidenti segni neuropatologici. Da noi, Z. si presentava vigile e reattivo, collaborante, l'esame neurologico era negativo e l'obiettività distrettuale regolare. Alla luce della storia clinica si riteneva opportuno trattenere il bambino in osservazione e si programmava FOO. In quel contesto, ci sembrava si dovessero anzitutto escludere eventuali lesioni espansive intracraniche (seconda causa di tumori in età pediatrica), considerando che dal trauma cranico era passato troppo tempo per sospettare, ragionevolmente, una complicanza post-traumatica. Non c'erano altri aspetti anamnestici di rilievo a eccezione della madre che soffriva di cefalea. Durante la notte il piccolo si sveglia lamentando cefalea e al mattino presenta 3 episodi di vomito a digiuno. Esegue, pertanto, una TC urgente senza mezzo di contrasto che appare sostanzialmente normale, se non per la presenza di una cisti sub aracnoidea temporale sinistra e di una megacisterna magna. Alla luce di questo, della negatività del FOO e del fatto che durante l'osservazione con terapia analgesica per os è stato bene, il bambino viene dimesso, non essendo emerso altro, a parte la cefalea, con l'indicazione ad una rivalutazione neurologica in caso di ricomparsa del sintomo. Z. torna a distanza di un mese, poiché dalla dimissione la sintomatologia cefalalgica non solo non è regredita ma è comparsa anche di notte e da alcuni giorni si associa a diplopia. Le condizioni generali si mantengono buone, l'obiettività cardiorespiratoria è regolare e l'addome è trattabile. Non emotimpano. Pupille isocoriche, isocicliche normoreagenti alla luce, MOE integra; non deficit di forza, non turbe dell'equilibrio. Si ricovera e si eseguono nuova visita oculistica che mostra la presenza di papilledema ed una RMN encefalo che segnala, a sinistra, una raccolta liquida temporo-parieto-occipitale delle spessori di 9 mm e

controlateralmente di 3,5 mm, ascrivibile a liquor e riferibile ad igroma subdurale. Il parenchima cerebrale di sinistra appare modicamente compresso con lieve shift controlaterale della linea mediana. Si conferma la cisti liquorale temporale sinistra e la megacisterna magna. Il bambino è stato indirizzato d'urgenza presso il centro di Neurochirurgia Pediatrica di Bologna, dove è stato sottoposto ad intervento di derivazione intraventricolare. A distanza di 6 mesi, il bambino sta bene e ad una RMN di controllo la cisti non è più visualizzabile. **Qualche informazione in più** Le cisti aracnoidee sono raccolte di fluido cerebrospinale tra due strati dell'aracnoide e rappresentano circa l'1% delle lesioni cerebrali occupanti spazio. La diagnosi è per lo più casuale, rimanendo spesso asintomatiche. Cefalea, crisi convulsive, idrocefalo si possono avere quando le cisti si complicano con emorragia intracistica, espansione acuta della cisti, igroma subdurale. L'associazione di cisti aracnoidea e igroma subdurale è molto rara con solo poche decine di casi descritti in letteratura. Un trauma cranico o una manovra di Valsalva possono portare alla rottura traumatica o spontanea della cisti con spandimento del liquido cefalorachidiano nello spazio subdurale. Se la rottura della cisti coinvolge grossi vasi nella sua parete, si può avere lo sviluppo di un *ematoma subdurale*; se invece l'area è poco vascolarizzata si ha minimo spandimento emorragico con formazione di *unigroma cistico subdurale*. L'accumulo può avvenire subito dopo l'evento traumatico o lentamente (per effetto a valvola), come probabilmente è accaduto nel nostro caso. Il trattamento è quasi sempre chirurgico, per le complicanze legate all'aumento della pressione intracranica. **Perché questo caso è indimenticabile?** Gli igromi subdurali possono complicare un trauma cranico anche banale. Nel nostro caso, effettivamente, il bambino aveva presentato cefalea a 48 ore da un trauma che proprio banalissimo non era stato (considerando la dinamica). Tuttavia, alla prima valutazione clinica non erano stati rilevati altri segni d'allarme, così come la TC che, eseguita 2 settimane dopo, era negativa. Una cefalea sproporzionata rispetto all'entità del trauma deve farci considerare anche la possibilità della rottura di una cisti aracnoidea fino ad allora asintomatica e non conosciuta.

Bibliografia di riferimento

BIBLIOGRAFIA

Gelabert-González M, Fernández-Villa J, Cutrín-Prieto J, García Allut A, Martínez-Rumbo R. Arachnoid cyst rupture with subdural hygroma: report of three cases and literature review. *Childs Nerv Syst* 2002;18:609-13.

Kumar R, Singhal N, Mahapatra AK. Traumatic subdural effusions in children following minor head injury. *Childs Nerv Syst* 2008;24:1391-96.