

INSOLITA PRESENTAZIONE NEURORADIOLOGICA DI UNO STROKE CARDIOEMBOLICO SECONDARIO AD ENDOCARDITE INFETTIVA

D. LATERZA

Azienda Ospedaliero Universitaria Consorziale Policlinico di Bari - Università degli Studi di Bari "Aldo Moro" - Bari

Introduzione

C. A., donna ottantenne, viene condotta in Pronto Soccorso per febbre persistente e progressivo deterioramento della vigilanza nel corso dei giorni precedenti. Tre giorni prima avrebbe presentato un'unica crisi epilettica tonico-clonica generalizzata con rilascio sfinterico. In anamnesi venivano rilevati ipertensione arteriosa, insufficienza renale cronica IV stadio KDOQI e diabete mellito. All'osservazione neurologica la paziente presentava GCS 9, oculo-cefaloversione destra ed emiparesi sinistra, PA 126/70 mmHg, FC 101/min, SpO2 99% a 4L/min.

Metodi

La paziente veniva quindi sottoposta ad esami ematochimici, emocolture, TC ed angioTC cranio, valutazione cardiologica.

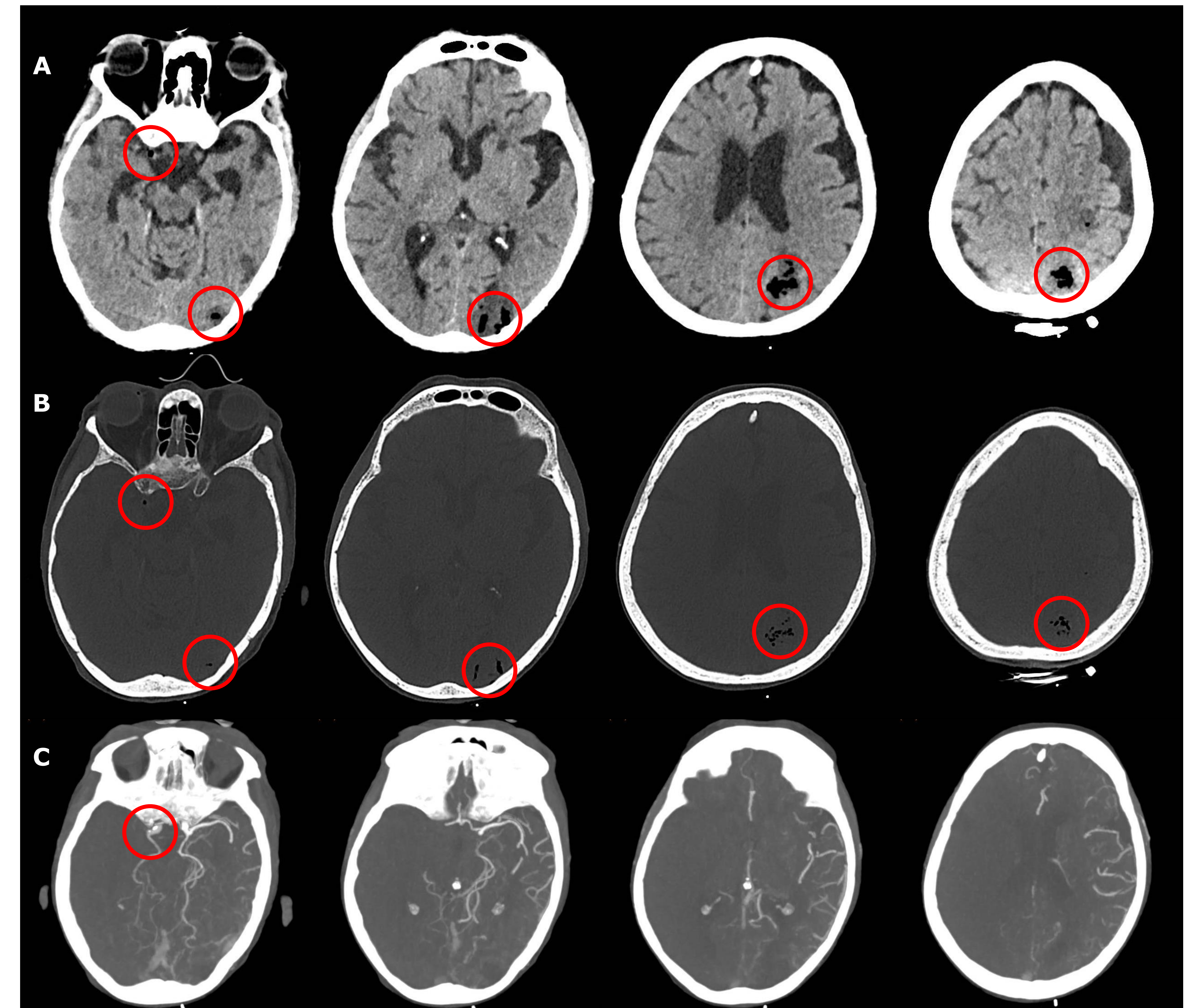
Risultati

La TC cranio evidenziava una estesa lesione ischemica cortico-sottocorticale in fase acuta nel territorio dell'ACM destra e multiple lesioni ischemiche in fase subacuta in altri territori arteriosi sopratentoriali e sottotentoriali bilateralmente, alcune delle quali con infarcimento ematico. Nel contesto delle lesioni ischemiche venivano riscontrate inoltre numerose zone caratterizzate da netta ipodensità, identificate come raccolte di materiale gassoso; una di esse causava occlusione dell'ACM destra.

All'ecocardiogramma si rilevava una formazione mobile adesa alla superficie ventricolare del lembo anteriore della mitrale, che si presentava stenotica per ispessimento fibrocalcifico dei lembi. Il quadro clinico-laboratoristico comprendeva tachicardia, febbre ($>38^{\circ}$ C), leucocitosi neutrofila (WBC $23,77 \times 10^3/uL$, neutrofili 90%), acidosi metabolica, anemia (10 g/dL), piastrinopenia ($82 \times 10^3/uL$), aggravamento della IRC (eGFR 5 mL/min, creatinina 6,91 mg/dL), aumento degli indici di flogosi (PCR 151 mg/L, presepsina 2985 pg/mL). Il SOFA score risultava pari a 10. Le emocolture dimostravano positività per *Bacteroides fragilis*. Il quadro di SIRS complicato da sepsi grave, le vegetazioni endocarditiche ed i multipli infarti cerebrali suggeriscono la diagnosi di endocardite infettiva secondo i criteri di Duke. La positività per *Bacteroides fragilis* è stata documentata solo dopo il decesso della paziente, avvenuto infatti poco dopo l'arrivo al DEA a causa della grave insufficienza multiorgano.

Conclusioni

Il riscontro di materiale gassoso intracranico è una evenienza rara e può ad esempio verificarsi per penetrazione di aria dall'esterno (traumi, chirurgia) o per embolizzazione gassosa durante procedure invasive. È d'altra parte noto che alcuni microrganismi sono in grado di produrre gas come sottoprodotto del loro metabolismo; tale comportamento è tipico dei batteri anaerobi. Sebbene rara, l'endocardite da germi anaerobi produttori di gas è stata descritta in letteratura. In conclusione, questo caso illustra l'insolita presentazione neuroradiologica di uno stroke ischemico cardioembolico. Il riscontro di gas nel contesto di lesioni ischemiche deve far sospettare una concomitante endocardite infettiva causata da germi anaerobi, condizione rara ma grave che impone una terapia antibiotica empirica adeguata e tempestiva.



A) TC cranio (brain window); B) TC cranio (bone window); C) angioTC (MIP)

Bibliografia

- Li JS, Sexton DJ, Mick N, Nettles R, Fowler VG Jr, Ryan T, Bashore T, Corey GR. Proposed modifications to the Duke criteria for the diagnosis of infective endocarditis. Clin Infect Dis. 2000 Apr;30(4):633-8. doi: 10.1086/313753. Epub 2000 Apr 3.
- Rodrigues C, Siciliano RF, Zeigler R, Strabelli TM. Bacteroides fragilis endocarditis: a case report and review of literature. Braz J Infect Dis. 2012 Jan-Feb;16(1):100-4.