

# MOVIMENTI COREICI AD INSORGENZA SUBACUTA IN CORSO DI IPERGLICEMIA: CASE REPORT

•Giorli E\*, Novelli A\*, Andreini I\*, Grazzini M°, Mannironi A\*

\* SC Neurologia, Ospedale Sant'Andrea, La Spezia.

°U.O.C. Neurologia Polilicnico San Martino I.R.C.C.S

elisa.giorli@asl5.liguria.it



**Case Report:** Riportiamo il caso di un uomo di 86 anni, in cura per diabete insulino-dipendente, che si è presentato al pronto soccorso per la comparsa di movimenti coreo-atetosici isolati agli arti di sinistra ad insorgenza subacuta con fluttuazioni per frequenza e durata. Il paziente in anamnesi presentava ipertensione arteriosa, DM tipo 2 in terapia insulinica, IPB, pregresso SCA sottoposto a by-pass A-C, pregresso posizionamento stent ACI su stenosi sx asintomatica, pregressa sostituzione valvolare mitralica con protesi biologica. Due anni prima trauma cranico con evacuazione di ematoma subdurale biemisferico (craniotomia fronto-parietale dx). In PS la glicemia era di 569 mg/dL (Fig. 1), all'ECG riscontro di FA non nota. Alla valutazione neurologica il paziente era vigile ed orientato, presenza di movimenti coreo-atetosici agli arti di sinistra, restante obiettività nei limiti. Sia la TC urgente (Fig. 2) che quella di follow-up sono risultate negative per le lesioni di recente insorgenza. La successiva risonanza magnetica (MRI) (Fig. 3) ha mostrato iperintensità pesata in T1 nel putamen destro con diffusione negativa. I movimenti involontari rispondevano al controllo della glicemia e alla somministrazione di aloperidolo, sebbene persistessero durante il sonno. A differenza dei casi precedentemente descritti in letteratura, caratterizzati da emicorea e/o emiballismo, il nostro paziente ha presentato un esordio simile a un ictus con movimenti coreo-atetosici irregolari e unilaterali. Dopo la fase acuta, il decorso ha avuto andamento fluttuante per il primo mese, fino a completa risoluzione sia della sintomatologia sia delle alterazioni radiologiche alla RM al controllo a 3 mesi (Fig. 4).

**Conclusioni:** La "striatopatia diabetica" è rappresentata dalla comparsa di alterazioni clinico-radiologiche, tipicamente reversibili, a carico dei nuclei della base, associate ad iperglicemia non chetotica. Emicorea/emiballismo sono le manifestazioni cliniche più frequenti (raramente sono bilaterali). In corso di iperglicemia e "movimenti involontari" ad insorgenza subacuta è, quindi, importante considerare un disturbo metabolico in diagnosi differenziale con eventi ischemici.

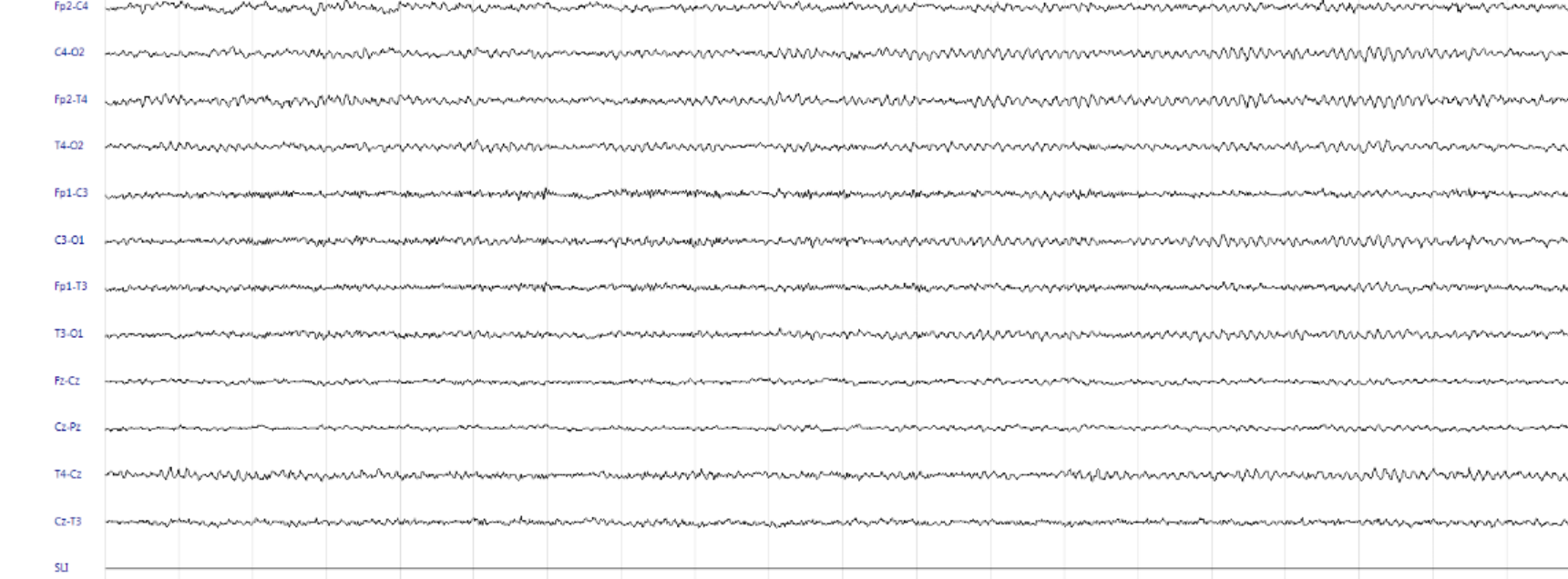
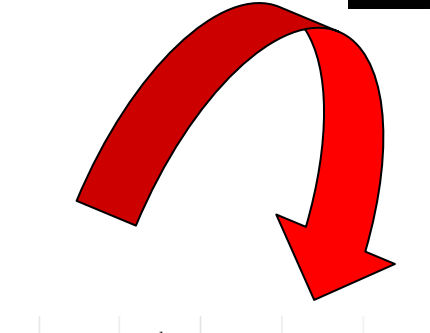
**Esami Ematochimici**

	25/12/21	27/12/21
<b>METABOLISMO GLUCIDICO</b>		
Glucosio(mg/dl)	569	263
<b>PARAMETRI INFIAMMATORI</b>		
Velocità di Eritrosedimentazione(mm)		67
Proteina C Reattiva(mg/dl)		2.99
<b>FUNZIONE RENALE ED ELETTROLITI</b>		
Creatinina(mg/dl)	1.45	1.15
eGFR (filtrato glomerulare calcolato)(mL/min/1.73mq)	39	48
Acido Urico(mg/dl)		7.8
Calcio totale(mg/dl)		8.5
Magnesio(mg/dl)		1.85
Urea(mg/dl)		55
Potassio (mmol/L)	4.3	4.6
Sodio(mmol/L)	132	139
Cloro(mmol/L)		105
Fosforo inorganico(mg/dl)		2.2
<b>EMATOLOGIA</b>		
ERITROCITI.....(10 <sup>6</sup> /mcl)	4.65	4.10
Hb - Emoglobina(g/dl)	13.3	12.1
Ht - Ematocrito(%)	40.5	36.9
MCV - Volume cellulare(fL)	87.1	90.1
MCH - Hb cell. media(pg)	28.6	29.6
MCHC - Conc. Hb cell.(g/dl)	32.8	32.9
LEUCOCITI.....(10 <sup>3</sup> /mcl)	6.1	8.9



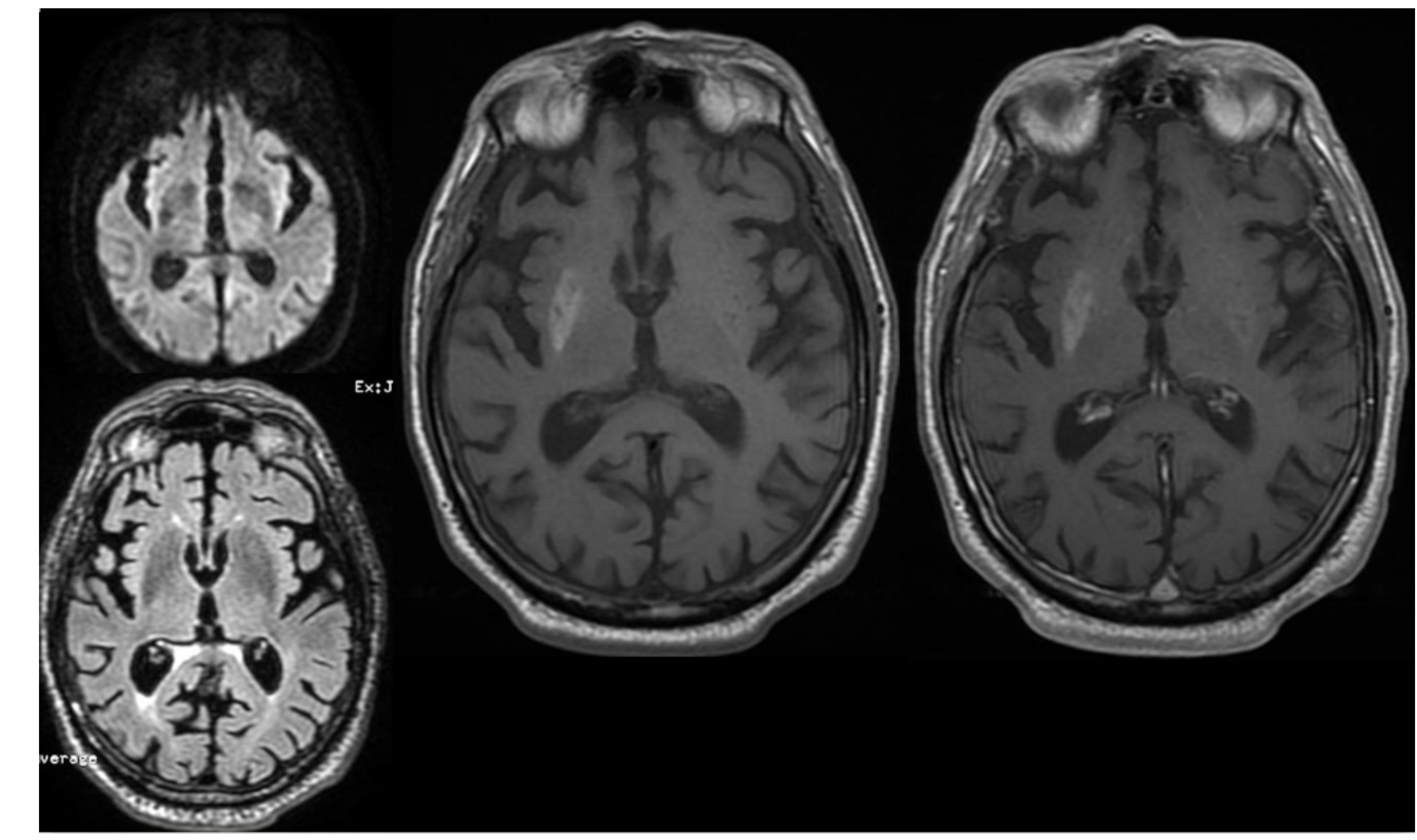
Fig. 1

**Fig. 2: TC eseguita in PS**  
«Quadro TC odierno invariato rispetto a controllo del 15-4-2019. Invariata l'esile falda isodensa frontale dx in esiti di craniotomia fronto-parietale dx, ridotta la nota raccolta iso-ipodensa frontale sn di spessore millimetrico in esiti di evacuazione della nota raccolta ematica sottodurale periencefalica sn»

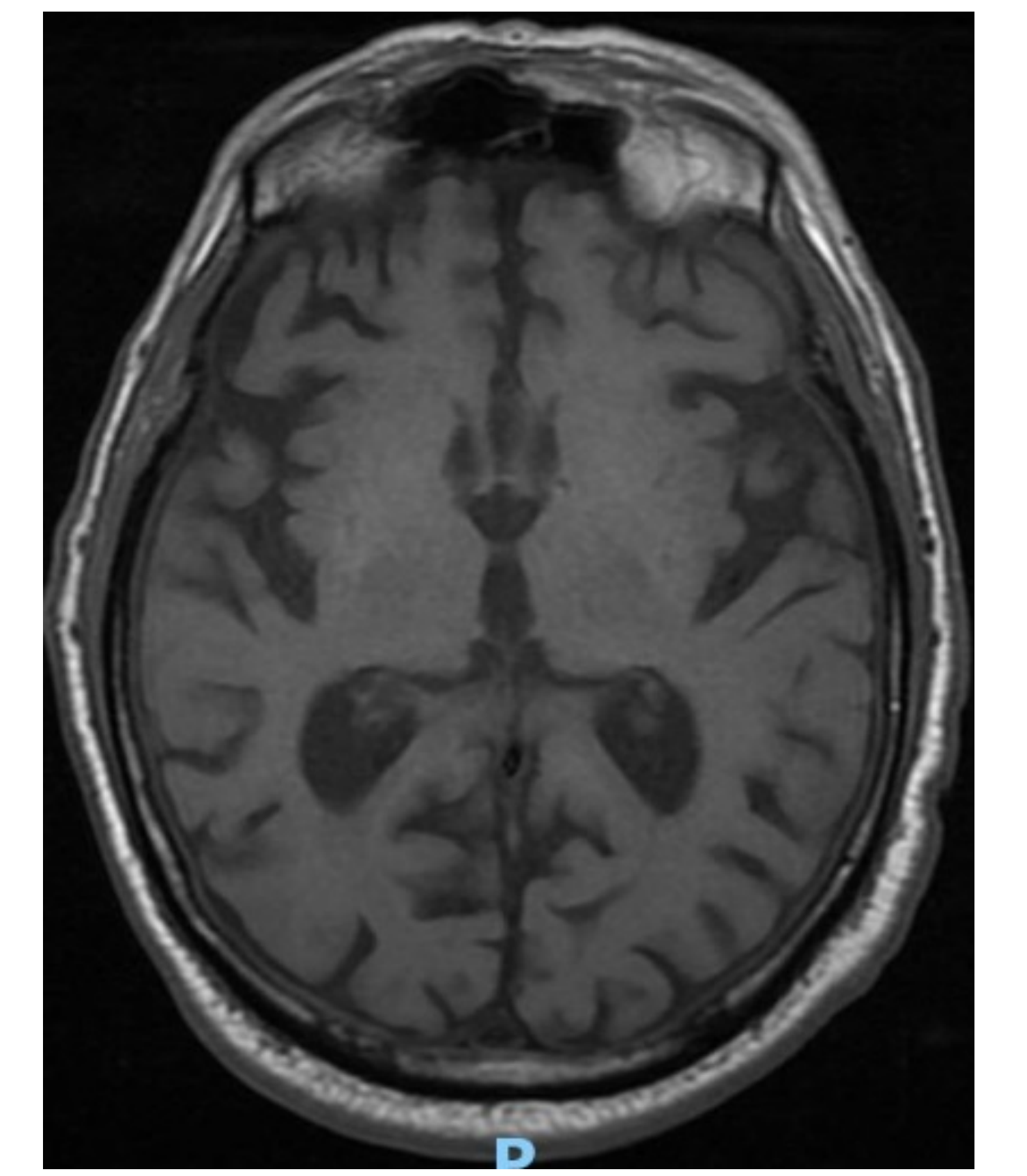


25/12/2021	NEUROLOGIA (SP)	VISITA NEUROLOGICA
Paziente vigile ed orientato. Pregresso intervento per ematoma subdurale emisferico dx. Assume Kepra 500 mg x 2/die. Si rilevano movimenti coreo-atetosici agli arti di sinistra. Restante obiettività nei limiti. Alla Tc encefalo non segnalate lesioni recenti. Riferiti elevati valori glicemici (oltre 500 mg/dl). La sintomatologia appare in prima ipotesi correlabile al quadro metabolico. Si consiglia controllo glicemico, idratazione, flectadol 500 mg 1 fiala		

EEG



**Fig. 3: Risonanza magnetica (MRI)** ha mostrato iperintensità pesata in T1 nel putamen destro con diffusione negativa



**Fig. 4: Risonanza magnetica (MRI) follow-up a 3 mesi** completa risoluzione delle alterazioni radiologiche