

Introduzione: la sincope è un sintomo caratterizzato da perdita di coscienza transitoria con incapacità a mantenere il tono posturale, dovuto a mancato flusso ematico cerebrale, le cui cause più frequenti sono di tipo vaso-vagali e cardiache. Le cause neurologiche oscillano intorno all'11%.

Caso clinico: giovane donna cubana di 34 anni, che è sempre stata in buona salute e solo negli ultimi due mesi ha avvertito la comparsa di tipo lipotimico in ortostatismo e conseguente perdita di coscienza. Tale sintomatologia ha limitato almeno parziale la sua autonomia. Ha riferito inoltre che da circa due anni persisteva una lieve cefalea fronto-orbitaria che regrediva con terapia antidolorifica. L'esame clinico ha confermato ipotensione arteriosa e sintomatologia sincopale o presincopale; le pupille risultavano normoreagenti e non si sono evidenziati deficit neurologici all'esame clinico della paziente. Il ritmo cardiaco appariva regolare, in assenza di rumori patologici all'auscultazione. Gli esami ematochimici di routine erano tutti nella norma; regolare è risultato il ritmo di secrezione del cortisolo, così come il test di soppressione. Analogamente privi di significato patologico sono risultati l'indagine rx standard del torace, l'ecografia dell'addome superiore (microlitiasi renale destra), della tiroide, gli esami di funzionalità tiroidea, l'ecocardiogramma e l'ECG. Sebbene l'indagine RMN dell'encefalo non sia indicata nelle sincope in assenza di segni neurologici focali, la riferita sintomatologia cefalalgica ci ha indotto ad effettuare tale esame, con mezzo di contrasto, che ha evidenziato un quadro di idrocefalo triventricolare, segni di ipertensione endocranica con iniziale erniazione delle tonsille cerebellari nel forame magnum, secondario alla presenza di una lesione espansiva ovoidale di cm 5 x 4 x 3, a contenuto solo in parte liquido, localizzata sulla parete posteriore del 4° ventricolo. La paziente è stata quindi sottoposta ad intervento neurochirurgico di asportazione della citata neoformazione che è risultata essere istologicamente una cisti epidermoide. Il decorso post-operatorio è stato regolare con remissione completa della sintomatologia clinica e dei segni di ipertensione endocranica e notevole riduzione dei segni radiologici dell'idrocefalo triventricolare.

Conclusioni: come sopra esposto, una storia di episodi sincopali in ortostasi, associata a scarsa e sfumata sintomatologia cefalalgica ed ipotensiva, è risultata essere conseguente ad un quadro di ipertensione endocranica con idrocefalo triventricolare da ostacolato deflusso del liquor a livello del 4° ventricolo conseguente a neoformazione della parete costituita da una cisti epidermide. Il caso sopra esposto riteniamo debba essere ritenuto meritevole di presentazione stante la peculiarità della storia clinica e delle caratteristiche anatomo-radiologiche ed anatomo-patologiche, oltre che della particolarmente favorevole evoluzione clinica osservata successivamente all'intervento terapeutico tempestivamente effettuato.