

## Caso clinico 1

**Uomo 45 anni, in apparente buona salute**

**da 15 gg dolore (4-5/10) alla regione cervicale irradiato all'area occipitale Sx. Da 5 gg sensazione di malessere e vertigini si è recato più volte in PS dove i parametri cardiovascolari erano nella norma.**

**Una T.C. encefalo senza m.d.c. era negativa.**

**Rx colonna cervicale: note di artrosi**

**In attesa di holter pressorio.**

**All'E.O.**

**Voo 10/10 nat, J2 con add +1sf oo**

**Too 15 mmHg**

**Ptosi di 2 mm palpebra superiore Os**

**motilità oculare nella norma**

**anisocoria OD > OS**

**SAoo mezzi diottrici trasparenti, CA normoprofonda in quiete**

**FOO: nella norma**



## Caso clinico 2

- Paziente maschio 53 anni
- ~~NIDDM (metformin), non fuma, non stupefacenti, alcool 1~~  
bicchiere vino al di, nega traumi
- Da 2 giorni sensazione di "malessere"
- Circa un'ora dopo aver fatto colazione inizia a vedere male
- A metà mattina inizia a vedere doppio
- Si presenta in PS:

PAS: 125/80

Stick: 215 mg/dL

Eseguita TC encefalo: nella norma

Visita neurologica: paziente vigile collaborante, non deficit di forza, marcia instabile, non vertigini, ROT assenti, Mingazzini negativo, pupille isocoriche, deficit di abduzione bilaterale

Conclusioni: verosimile paralisi dell'abducente diabetico

Si consiglia visita Oculistica

Posizione primaria



- Visita oculistica:
- esotropia OD (può alternare) deficit abduzione bilaterale, sguardo verticale intatto, convergenza intatta

- BCVA OO: 10/10
- BOO: indenne
- OOTA: 12 mmHg
- FOO: papilla regolare, NPDR lieve, macula indenne

- Conclusioni: paralisi bilaterale VI nc, in diabetico, verosimilmente NON di origine diabetica...  
...Perché?

Consigliato il ricovero per accertamenti ulteriori e monitoraggio quadro generale

3 giorni dopo : richiesta di nuova visita oculistica per peggioramento quadro clinico

nel frattempo: RM encefalo CMC negativa

- MOE: oftalmoplegia completa
- Per il resto esame oculistico invariato
- Dal punto di vista sistemico insorgenza di franca atassia
- Anamnesi accurata: circa 3 settimane prima episodio di enterite con diarrea e febbre risoltosi in pochi giorni
- Richiesta rachicentesi + dosaggio ematico Ab-antiGQ1b
- Diagnosi....?  
...(aiuto: non è diabete!)



### Caso clinico 3

Ragazza di 27 anni viene portata dagli amici la mattina presto in PS per ipotermia e grave stato confusionale dopo un party in spiaggia nella notte precedente. Durante il party aveva assunto grandi quantitativi di alcool ma non stupefacenti o droghe.

Pregresso uso di droghe leggere e bulimia.

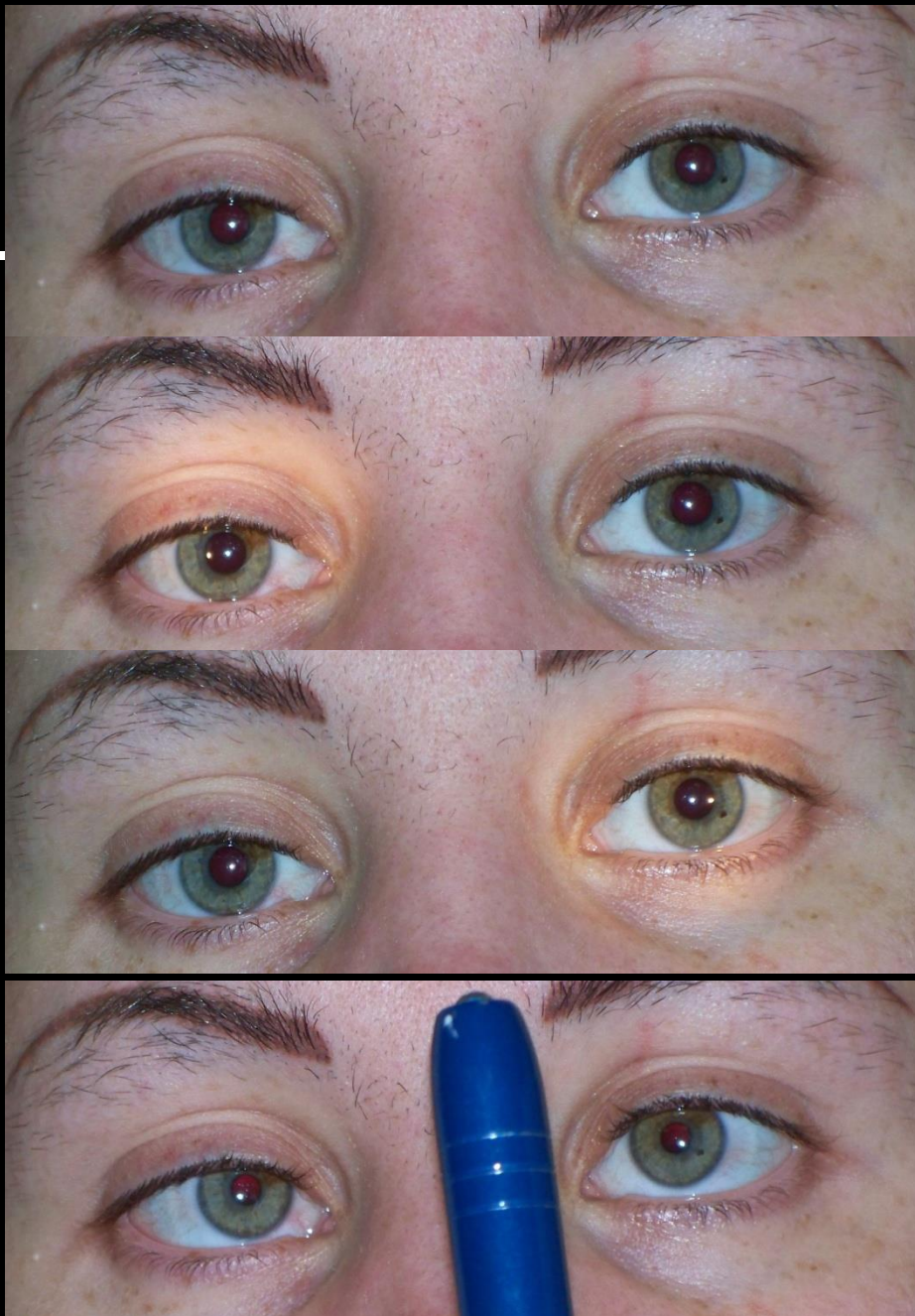
In PS viene notato lo stato di disidratazione e quindi somministrata una glucosata. La situazione peggiora poco dopo anche con comparsa di nistagmo e atassia. La paziente viene quindi ricoverata in Medicina Interna.

---

**Visita neurologica:** paziente disorientata, scarsamente collaborante, in stato di confusione. Buoni i parametri vitali. Presenta atassia del tronco, ROT normali, Mingazzini normale. Pupille dilatate e nistagmo. Viene consigliata visita neurologica.

# Visita Oculistica

- MOE: nistagmo evocato dallo sguardo (GEN: Gaze Evoked Nystagmus → non presente in PP ma battente a dx nello sguardo a dx e viceversa). Pursuit nella norma. Ortoforia in PP
- VOO e Ishihara: non collabora
- BOO: indenne
- OOTA: 16 mmHg
- FOO: nella norma
- Pupille:



## ■ Esame delle pupille:

1. Media midriasi fissa
2. Non presenta RAPD
3. Nessuna risposta alla luce
4. Normale (o migliore) risposta per vicino...

Diagnosi?