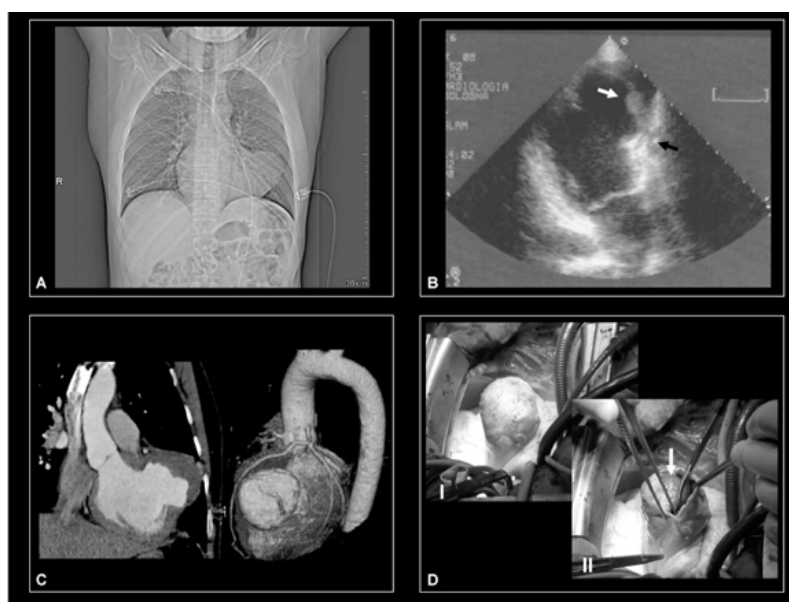


Una pericolosa “appendice”

Alessandro Marinelli¹, Matteo Ziacchi¹, Marinella Ferlito¹, Rossella Fattori²,
Mario Parlapiano³, Francesco Saia¹

¹Istituto di Cardiologia, ²U.S. di Radiologia Cardiovascolare, ³U.O. di Cardiochirurgia, Università degli Studi, Policlinico S. Orsola-Malpighi, Bologna

(G Ital Cardiol 2008; 9 (6): 425-426)



© 2008 AIM Publishing Srl

Ricevuto il 31 marzo
2008; accettato il 15
aprile 2008.

Per la corrispondenza:

Dr. Francesco Saia

Istituto di Cardiologia
Università degli Studi
Policlinico S. Orsola-
Malpighi (Pad. 21)
Via Massarenti, 9
40138 Bologna
E-mail: francescosaia@
hotmail.com

Queste immagini illustrano una delle conseguenze più pericolose dell'infarto miocardico acuto con sopraslivellamento del tratto ST la cui insorgenza, nel caso in oggetto, è stata favorita dalla mancata attuazione dei trattamenti sanitari appropriati. Si tratta di un uomo di 55 anni senza fattori di rischio cardiovascolare che, nel gennaio 2008, ha presentato un infarto miocardico acuto anteriore esteso mentre si trovava all'estero, non sottoposto ad alcuna terapia ripercussiva per suo esplicito rifiuto ed autodimissione precoce per rientrare in Italia. In terapia medica con aspirina, ramipril, diltiazem e furosemide, il paziente ha continuato la sua vita normale in attesa di effettuare un controllo cardiologico. Nel periodo successivo, ha effettuato alcuni accessi in Pronto Soccorso per episodi di dolore toracico atipico (posizionali ed esacerbati alla digitopressione) in assenza di nuove modificazioni del traccia-

to elettrocardiografico (persistente sopraslivellamento del tratto ST in V₂ con onde T negative e simmetriche in tutte le derivazioni anterolaterali) e marker di miocardiocitocitosi sempre negativi.

Giunge alla nostra osservazione per ulteriore episodio di dolore toracico. L'esame obiettivo cardiopolmonare è nella norma. L'ECG non evidenzia modificazioni significative rispetto ai precedenti. La radiografia del torace mostra una dilatazione con marcata e circoscritta salienza del profilo del ventricolo sinistro (A). Lo studio coronarografico evidenzia ostruzione prossimale del ramo intermedio con i restanti vasi coronarici indenni da lesioni emodinamicamente significative. L'ecocardiogramma (B) documenta una cardiopatia dilatativa postinfartuale con dilatazione aneurismatica delle porzioni medio-apicali della parete anteriore e trombosi parietale (freccia bian-

ca): aspetto complessivo suggestivo per pseudoaneurisma (angolatura e brusco assottigliamento della parete, *freccia nera*) o aneurisma in fase di rottura. Tale orientamento diagnostico viene confermato anche all'angiottomografia (C).

Posta diagnosi di pseudoaneurisma o aneurisma sacciforme anterolaterale con importante assottigliamento della parete anterolaterale apicale, il paziente è stato trasferito presso l'U.O. di Cardiocirurgia per intervento correttivo, effettuato con successo. In sala operatoria, si conferma la diagnosi di aneurisma in fase di rottura (DI), con estesa trombosi endoluminale (DII).

L'aneurisma è una delle complicanze meccaniche dell'infarto miocardico acuto, la cui incidenza è stata fortemente ridotta con l'introduzione delle unità coronariche (riposo e monitoraggio stretto dei parametri emodinamici dei pazienti), della terapia riperfusiva (angioplastica primaria o fibrinolisi), e di un'appropriate terapia farmacologica precoce (comprensiva di betabloccanti e inibitori dell'enzima di conversione dell'angiotensina). Si manifesta più frequentemente negli ipertesi e nei pazienti con un primo infarto transmurale senza circoli collaterali ed è associato ad una maggiore morbilità e mortalità.