

Un bizzarro sopraslivellamento del tratto ST in un giovane adulto

Angelo Giuseppe Caponetti^{1,2}, Paolo Massa^{1,2}, Alberto Ponziani^{1,2}

¹U.O. Cardiologia, IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna

²Dipartimento di Medicina Specialistica, Diagnostica e Sperimentale, Alma Mater Studiorum Università di Bologna

G Ital Cardiol 2021;22(7):535

DIAGNOSI ECG?

1. Embolia polmonare acuta
2. Infarto miocardico acuto del ventricolo destro
3. Infiltrazione neoplastica mio-pericardica
4. Infarto miocardico acuto a sede anteriore

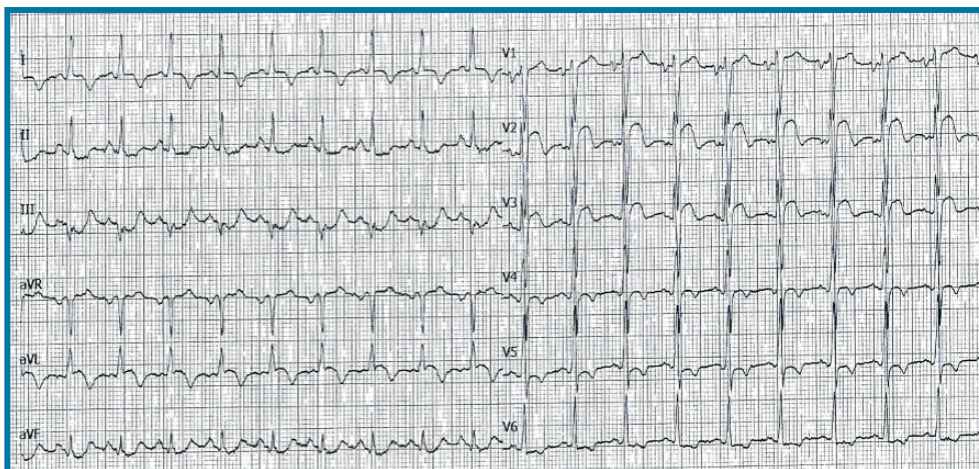
DESCRIZIONE DEL CASO

Uomo di 28 anni. Anamnesi cardiologica negativa. Ricoverato in reparto di Ematologia per inizio di chemioterapia per linfoma mediastinico. Per "discomfort"

toracico all'emitorace sinistro esacerbato dai movimenti del torace, veniva eseguito un ECG. Parametri vitali nella norma.

DESCRIZIONE DELL'ECG

Ritmo sinusale, frequenza cardiaca 94 b/min. Ingrandimento atriale sinistro, normale conduzione atrioventricolare e intraventricolare, sopraslivellamento del tratto ST in V2-V3 e in minor misura in aVL, lieve sottoslivellamento del tratto ST nelle derivazioni inferiori e onde T negative diffuse, più evidenti in D1 e aVL.



DISCUSSIONE

La diagnosi corretta è **infiltrazione neoplastica mio-pericardica**, confermata anche ad una successiva risonanza magnetica cardiaca che documentava lesioni neoplastiche mediastiniche infiltranti la porzione anteriore medio-apicale del ventricolo sinistro ed il tratto di efflusso del ventricolo destro, in assenza di deficit della cinetica distrettuale. Il sopraslivellamento convesso del tratto ST in V2-V3 associato a sottoslivellamento speculare nelle derivazioni inferiori potrebbe essere compatibile con un infarto con sopraslivellamento del tratto ST (STEMI) antero-settale da ostruzione trombotica del ramo interventricolare anteriore. Caratteristiche atipiche, tuttavia, sono rappresentate dal mancato interessamento di V1 e dalla presenza di iniziali onde T invertite in V2-V3 in assenza di onde Q di necrosi. La presenza di sopraslivellamento del tratto ST isolato in aVL non consente la diagnosi di ischemia miocardica acuta transmurale a sede laterale. Infine, le alterazioni diffuse e non topografiche dell'onda T con inversione <3 mm sono tipiche delle alterazioni croniche piuttosto che di quelle associate ad ischemia miocardica acuta. Il sopraslivellamento del tratto ST nelle precordiali destre in rari casi (0.4% dei casi di STEMI) può essere espressione di infarto del ventricolo destro associato ad ostruzione della coronaria destra prossimale, che presuppone però un sopraslivellamento massimo del tratto ST in V1, qui assente. In casi di embolia polmonare acuta il sopraslivellamento del tratto ST in V2-V3 può essere espressione di sovraccarico acuto del ventricolo destro ma l'assenza di coinvolgimento di V1, di deviazione assiale destra o di un pattern S1Q3T3 rende poco probabile tale diagnosi.