

## Un ECG che parla chiaro

Federica Frascaro, Federico Sanguettoli, Rita Pavasini

U.O. Cardiologia, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, Cona (FE)

G Ital Cardiol 2023;24(11):865

### DIAGNOSI ECG?

1. Ipertensione arteriosa polmonare
2. Infarto miocardico posteriore subacuto
3. Cardiomiopatia dilatativa
4. Embolia polmonare

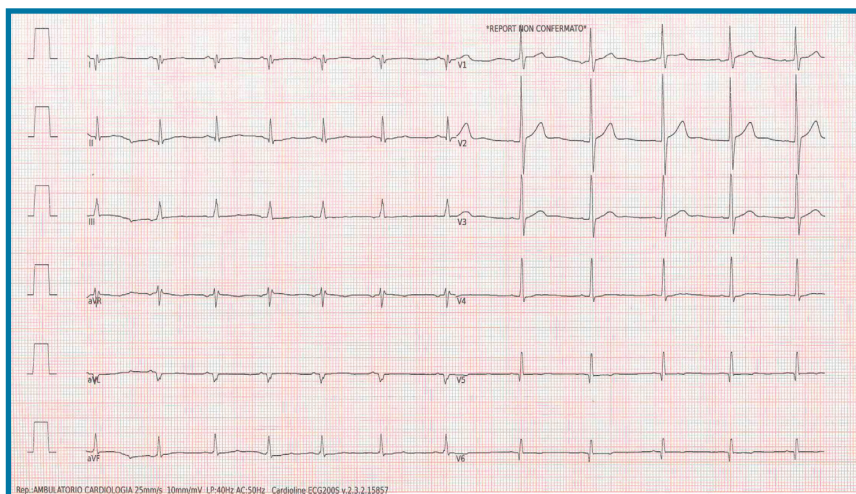
### DESCRIZIONE DEL CASO

Ragazzo di 25 anni affetto da distrofia muscolare di Duchenne, non fattori di rischio cardiovascolare. Perdita dell'autonomia funzionale dall'età infantile e deficit ventilatorio restrittivo di grado moderato. Asintomatico dal punto di vista cardiovascolare tranne saltuari episodi di cardiopalmo. Si presenta all'ambulatorio cardiologico per eseguire una visita

di controllo. All'ecocardiografia si documenta: ventricolo sinistro severamente dilatato con acinesia infero-posteriore, severa disfunzione ventricolare sinistra (frazione di eiezione del ventricolo sinistro 28%), sezioni destre nei limiti.

### DESCRIZIONE DELL'ECG

Ritmo sinusale, frequenza cardiaca 85 b/min. Normale conduzione atrioventricolare (PR 150 ms). Deviazione assiale destra, segni di ipertrofia ventricolare destra (onda R alta in V1 con rapporto R/S >1). Onde Q di necrosi nelle derivazioni infero-laterali con frammentazione del QRS in D1 e aVL, alterazioni secondarie del tratto ST/T (onde T negative/difasiche a sede inferiore e laterale).



### DISCUSSIONE

L'anamnesi del paziente è dirimente per orientarsi verso un quadro di **cardiomiopatia dilatativa da deficit di distrofina**. L'ECG è patognomonico per la presenza di onde R alte nelle derivazioni precordiali destre associate a deviazione assiale destra, conseguenti alla selettiva localizzazione della fibrosi nella parete posteriore basale del ventricolo sinistro, che determina una perdita di forze elettriche posteriormente. La frammentazione del QRS in D1 e aVL riflette l'estensione laterale della componente fibrotica. L'età del paziente e l'assenza di fattori di rischio cardiovascolare permettono di escludere la diagnosi di infarto miocardico posteriore. Pur in presenza di segni riconducibili a sovraccarico pressorio delle sezioni destre, escludiamo la diagnosi di embolia polmonare per l'assenza di onde P "polmonari" e del caratteristico pattern S1Q3T3. In considerazione della prognosi del paziente e dell'Holter ECG delle 24h pressoché negativo (rari battiti ectopici ventricolari singoli, non aritmie sostenute), è stata esclusa la necessità di impianto di defibrillatore percutaneo in prevenzione primaria.