

Quando i potenziali scompaiono... quasi definitivamente

Mirco Lazzeri^{1,2}, Alessandro Carecci^{1,2}, Michele Bertelli^{1,2}, Vanda Parisi^{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 2024;25(3):148

DIAGNOSI ECG?

1. Ipertensione polmonare primitiva
2. Cardiomiopatia dilatativa biventricolare
3. Cardiomiopatia ipertrofica allo stadio terminale
4. Cardiopatia ischemica post-infartuale

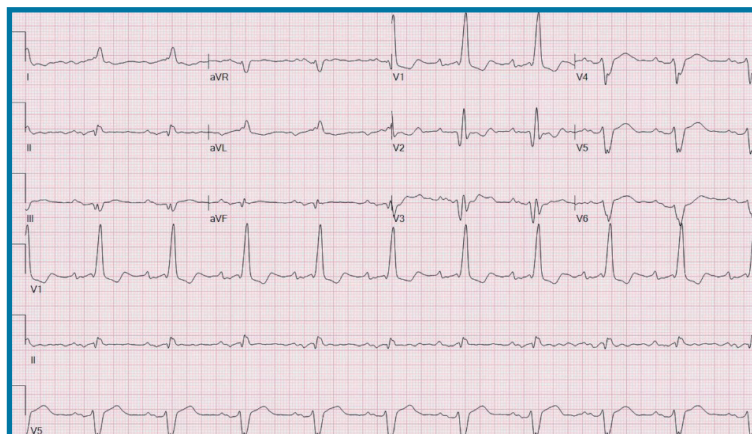
Non riporta comorbidità di rilievo; riferisce familiarità per morte improvvisa (padre deceduto improvvisamente a circa 45 anni).

DESCRIZIONE DELL'ECG

Ritmo sinusale a 60 b/min, blocco atrioventricolare di primo grado (PR 260 ms), ingrandimento biatriale, blocco di branca destra (QRS 160 ms), ritardo intraventricolare sinistro, onde Q in sede anteriore ed inferiore, bassi potenziali nelle derivazioni periferiche.

DESCRIZIONE DEL CASO

Paziente di 40 anni, esegue visita cardiologica con ECG per progressivo peggioramento della tolleranza allo sforzo.



DISCUSSIONE

L'assenza di segni di ingrandimento atriale e ipertrofia ventricolare destri permette di escludere l'ipertensione polmonare primitiva, mentre l'assenza di distrettualità delle alterazioni della ripolarizzazione con discordanza QRS/onde T rende la cardiopatia ischemica post-infartuale poco probabile. La diagnosi differenziale ECG tra cardiomiopatia ipertrofica allo stadio terminale e cardiomiopatia dilatativa biventricolare è complicata dall'assenza di segni di ipertrofia ventricolare sinistra e dalla presenza di pseudonecrosi anteriore e inferiore. L'ecocardiogramma mostra una lieve ipertrofia del ventricolo sinistro (14 mm a livello del setto interventricolare basale), con severa dilatazione ed ipocinesia (VTDi 120 ml/m², frazione di eiezione ventricolare sinistra 23%) ed ampie aree di acinesia della parete anteriore medio-apicale e della parete inferiore; viene inoltre evidenziata una cripta intramiocardica della parete inferiore basale. La frammentazione del QRS e i bassi potenziali nelle derivazioni periferiche rispecchiano l'estesa fibrosi miocardica evidenziata alla risonanza magnetica. Alla lettura integrata di ECG ed imaging, gli elementi a disposizione appaiono suggestivi per una **cardiomiopatia ipertrofica allo stadio terminale**, confermata dall'analisi genetica con riscontro di una mutazione del gene *MYBPC3*.