

Un cuore che inganna, ma non mente

Gianmarco Forasassi¹, Letizia Riva², Enrica Perugini², Gianni Casella²

¹Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara

²U.O.C. Cardiologia, Ospedale Maggiore AUSL Bologna

G Ital Cardiol 2026;27(4):236

DIAGNOSI ECG?

1. STEMI laterale
2. Miocardite acuta
3. Pericardite
4. Ripolarizzazione precoce

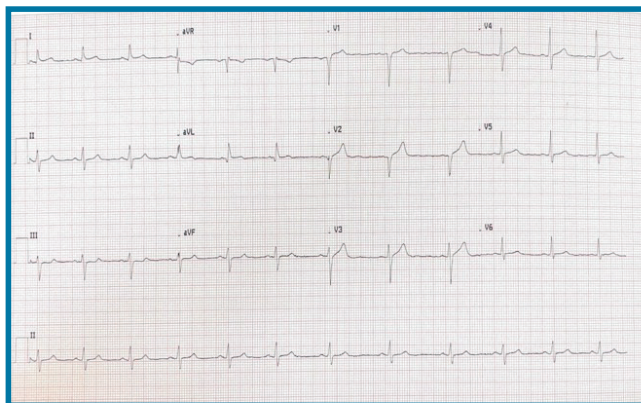
DESCRIZIONE DEL CASO

Uomo di 31 anni, fumatore, si presenta in Pronto Soccorso per dolore toracico costrittivo insorto al risveglio e persistente da circa 1 h non irradiato e non modificato dagli atti del respiro, per cui ha assunto ibuprofene senza beneficio. Riferito episodio analogo il giorno precedente della durata di circa 30 min a regressione spontanea. Segnalata sindrome parainfluenzale 1 settimana prima con febbre e diarrea. All'ingresso in UTIC per persistenza di dolore

toracico, considerate le alterazioni della ripolarizzazione ventricolare all'ECG, il paziente viene condotto in sala di Emodinamica per coronarografia, che mostra coronarie epicardiche indenni da lesioni angiograficamente significative. Agli esami ematici rilevata significativa elevazione degli enzimi di miocardiocitonecrosi (troponina I 10159 ng/l). All'ecocardiogramma non evidenti alterazioni della cinetica segmentaria del ventricolo sinistro, che presenta funzione sistolica ai limiti inferiori della norma (frazione di eiezione 52%) con strain longitudinale globale lievemente ridotto (-16%).

DESCRIZIONE DELL'ECG

Ritmo sinusale, frequenza cardiaca 70 b/min, intervallo PR 140 ms, intervallo QTc 390 ms, entrambi nei limiti, normale conduzione intraventricolare, soprasslivellamento del tratto ST in DI, aVL e V1-V3, con tratto ST rigido in DIII e aVF.



DISCUSSIONE

L'ECG in esame identifica un quadro di **miocardite acuta**. La risonanza magnetica cardiaca ha evidenziato aree di danno miocellulare a distribuzione intramiocardica estesa all'epicardio a livello dei segmenti medio-basali della parete antero-laterale del ventricolo sinistro. Tale reperto trova una correlazione fisiopatologica con le alterazioni ECG, in quanto le regioni coinvolte dall'edema sono esplorate prevalentemente dalle derivazioni laterali DI (0°) e aVL (-30°), che registrano quindi un soprasslivellamento del tratto ST; viceversa, le regioni inferiori DIII (+120°) e aVF (+90°) registrano una minima specularità. Il tracciato potrebbe essere diagnostico per STEMI laterale, in cui tuttavia il soprasslivellamento del tratto ST dovrebbe essere associato a specularità più evidente. La pericardite viene esclusa, poiché questa condizione provoca generalmente un soprasslivellamento del tratto ST diffuso, talvolta associato a sottoslivellamento del tratto PR. Infine, l'ultima possibile diagnosi differenziale con la ripolarizzazione precoce risulta poco probabile in quanto solitamente è caratterizzata da un soprasslivellamento concavo del tratto ST spesso associato ad alterazioni terminali del QRS, come uno slargamento terminale dell'onda R nel punto J o un'incisura negativa seguita da una piccola onda positiva (notch), elementi non presenti in questo tracciato.