

Onde T diffusamente e profondamente invertite e la mia prima notte di guardia

Claudia Tamburro

U.O.C. Cardiologia, Ospedale Civile "Paolo Colombo", Velletri (RM)

G Ital Cardiol 2026;27(5):317

DIAGNOSI ECG?

1. Ischemia miocardica acuta
2. Miocardite
3. QT lungo da inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina
4. Ictus ischemico acuto

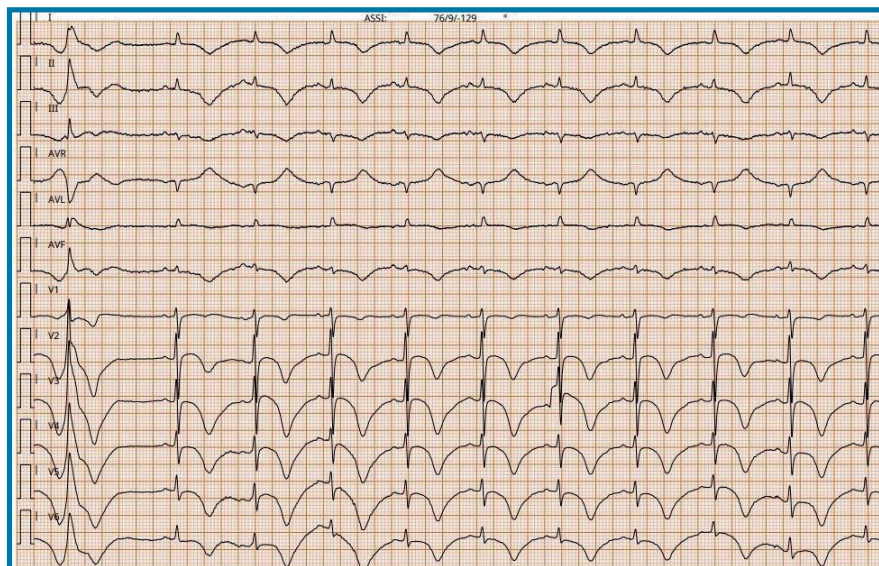
cerebrale eseguita in condizioni basali non evidenziava emorragia intracerebrale né segni di ipertensione endocranica. Agli esami ematochimici, rialzo dei valori di peptide natriuretico di tipo B (~12 000 pg/ml) e troponina I (~150 pg/ml). L'ecoscopia bedside non mostrava alterazioni franche della cinetica con conservata apertura delle cuspidi aortiche.

DESCRIZIONE DEL CASO

Paziente di 98 anni, diabetica, ipertesa, dislipidemica. In terapia con paroxetina sospesa da circa 1 mese. Giunge al Pronto Soccorso trasportata dal 118 per afasia improvvisa testimoniata dai familiari. La tomografia computerizzata

DESCRIZIONE DELL'ECG

Ritmo sinusale. Asse equilibrato. Conduzione atrioventricolare e intraventricolare nei limiti. Onde T profondamente e diffusamente invertite. QT lungo.



DISCUSSIONE

Una rapida ricerca su PubMed effettuata da una giovane e agitata cardiologa alla sua prima notte di guardia ha dimostrato come l'ECG qui presentato con onde T invertite profonde e diffuse e QTc lungo sia descritto non solo nell'emorragia intracranica, ma anche negli stati post-critici e/o post-ictali, così come il rialzo dei valori di peptide natriuretico di tipo B (sintetizzato a livello cerebrale) e di troponina I. Il quadro risultava dunque compatibile con **ictus ischemico acuto**.

La diagnosi di ischemia miocardica acuta e/o miocardite è stata esclusa in quanto non coincideva né con l'ECG (le alterazioni del tratto ST erano diffuse e senza segni di localizzazione) né con il motivo di ingresso.

Infine il QT lungo da paroxetina risultava poco probabile data la sospensione del farmaco e le onde T invertite.