

In questo numero

In questo secondo numero di *GIC Casi Clinici* vengono presentati quattro casi clinici inusuali. I primi tre sono di ambito aritmologico mentre il quarto è relativo ad un'anomalia cardiaca congenita rara.

Paolo Bonfanti et al. riportano il caso di un paziente di 47 anni con tetralogia di Fallot corretta chirurgicamente nell'infanzia e successivamente sottoposto in età adulta ad impianto percutaneo di valvola bioprotesica polmonare. In occasione di un intervento di ernioplastica inguinale il paziente ha presentato un episodio di blocco atrioventricolare totale risolto con massaggio cardiaco esterno e terapia con inotropi per via endovenosa. In seguito ad ulteriore documentazione di blocco atrioventricolare di terzo grado indotto dal massaggio del seno carotideo sono state poste le indicazioni ad impianto di pacemaker. Dopo valutazione multidisciplinare si è deciso di impiantare un pacemaker leadless in considerazione dell'elevato rischio di endocardite infettiva associato alla cardiopatia congenita operata e alla bioprotesi valvolare. L'impianto, tecnicamente complesso, veniva eseguito con successo. Questo caso clinico è esemplificativo delle complicanze aritmiche che possono insorgere nei cardiopatici congeniti adulti il cui impatto epidemiologico è in rapida crescita. Gli impianti di pacemaker leadless nei cardiopatici congeniti sono ancora esigui ma in casi selezionati come questo possono costituire una soluzione efficace da attuare in centri Hub di comprovata esperienza.

Il caso clinico descritto da *Natale Di Belardino et al.* riporta l'esperienza di un uomo di 73 anni con anamnesi cardiovascolare negativa e assenza di eventi sincopali progressivi, che è andato incontro ad arresto cardiaco da fibrillazione ventricolare in corso di febbre elevata (>38.5°C) con sintomatologia simil-influenzale per la quale si era presentato in Pronto Soccorso. L'ECG post-defibrillazione mostrava un pattern ECG di Brugada tipo 1, mentre nei successivi ECG registrati a paziente sfebbrato si documentava un pattern di Brugada tipo 2. Trasferito in terapia intensiva, il paziente è stato sottoposto ad ecocardiografia, risonanza magnetica cardiaca e coronarografia risultate negative e successivamente ad impianto di defibrillatore sottocutaneo in prevenzione secondaria. Il paziente è stato istruito a gestire tempestivamente eventuali episodi febbrili intercorrenti e nel follow-up di 6 mesi non ha presentato ulteriori eventi aritmici. Si tratta di un caso clinico originale che dimostra come anche in età anziana si possano riscontrare casi di sindrome di Brugada mascherata, identificati dalla conversione del pattern ECG da tipo 2 a tipo 1 durante iperpiressia, e come in questi pazienti sia importante un controllo intensivo della febbre.

Il caso clinico descritto da *Giulia Bugani et al.* si riferisce a una donna di 79 anni sottoposta ad impianto transcateretere di valvola aortica (TAVI) autoespandibile per stenosi aortica severa sintomatica che ha sviluppato un blocco di branca sinistra (BBS) di nuova insorgenza dopo la procedura. Alcuni giorni dopo la paziente ha presentato una tachicardia ventricolare (TV) lenta, ben tollerata emodinamicamente, con morfologia tipo blocco di branca destra. La paziente è stata sottoposta a studio elettrofisiologico che ha dimostrato un'origine della TV dal tratto di efflusso del ventricolo sinistro che è stata solo transitoriamente interrotta dal pacing. Nonostante la persistenza della TV, la paziente è rimasta completamente asintomatica e pertanto è stata dimessa con loop recorder esterno che ha documentato la successiva risoluzione spontanea della TV e la regressione del BBS. La TAVI si associa a possibile sviluppo di disturbi della conduzione che richiedono talora impianto di pacemaker permanente. La TV sostenuta post-procedurale è invece un evento raro e negli altri casi clinici descritti in letteratura il trattamento risolutivo è consistito in una cardioversione elettrica, oppure terapia farmacologica o ablazione transcateretere.

Il quarto caso clinico di *Rita Cristina Myriam Intravaia e Michele Massimo Gulizia* è relativo a una donna di 37 anni con diagnosi incidentale di cor triatriatum sinister (CTS) in occasione di ricovero per dolore toracico aspecifico in corso di infezione respiratoria intercorrente. La diagnosi sospettata attraverso l'ecocardiografia transtoracica è stata confermata dall'ecocardiografia transesofagea che ha escluso la diagnosi differenziale di una membrana sovramitralica. Il CTS è una cardiopatia congenita rara con un'incidenza stimata tra 0.1-0.4% delle cardiopatie congenite, caratterizzata dalla presenza di una membrana fibromuscolare che suddivide l'atrio sinistro in due camere. La classificazione di Loeffler suddivide il CTS in tre gruppi: nessuna apertura della membrana, piccole aperture, ampia apertura. La paziente descritta è stata classificata nel gruppo III secondo Loeffler per la presenza di ampia pervietà della membrana associata a gradiente transmembrana non significativo. La storia naturale della CTS è generalmente favorevole e nei pazienti asintomatici è indicato un approccio conservativo con un follow-up mirato all'identificazione precoce della possibile futura evenienza di fibrillazione atriale.

Giuseppe Di Pasquale
Editor