

Aneurisma coronarico diagnosticato mediante ecocardiografia transtoracica

Aureliano Fraticelli¹, Silvia Baldassarre², Alessandra Sabini², Giovanni Falsini²

¹U.O. di Cardiologia, USL 8 Zona Valdarno, Montevarchi (AR), ²U.O. di Malattie Cardiovascolari, Dipartimento Cardiovascolare, Azienda USL 8, Regione Toscana, Arezzo

(G Ital Cardiol 2009; 10 (5): 301-302)

© 2009 AIM Publishing Srl

Ricevuto l'1 aprile 2009;
accettato il 3 aprile 2009.

Per la corrispondenza:

Dr. Aureliano Fraticelli
U.O. di Cardiologia
USL 8 Zona Valdarno
Piazza del Volontariato, 1
52025 Montevarchi (AR)
E-mail:
aufatic@gmail.com

Un uomo di 46 anni, calciatore agonistico non professionista, si presenta a visita aritmologica per extrasistolia sopraventricolare rilevata in corso di valutazione medico-sportiva. Il paziente, in ottime condizioni generali e con anamnesi patologica irrilevante, lamenta unicamente lieve e sporadico cardiopalmo extrasistolico. L'ecocardiogramma transtoracico mostra una struttura anomala, di aspetto vascolare delle apparenti dimensioni di 12 mm di diametro e di circa 20 mm di lunghezza, che origina dalla radice aortica in corrispondenza del seno di Valsalva destro, e presenta decor-

so iniziale anteriore e cefalico (Figura 1A e 1B). La sede e l'aspetto di tale formazione suggeriscono una possibile dilatazione aneurismatica dell'origine della coronaria destra. L'angiografia coronarica (Figura 1C e 1D) conferma l'ipotesi diagnostica, mostrando un aneurisma del diametro di 1.5 cm e di 20 mm di lunghezza all'origine di una coronaria destra ipoplasica. La coronaria sinistra, dominante, presenta normale decorso. Le coronarie risultano esenti da lesioni aterosclerotiche significative.

La causa più frequente di aneurismi coro-

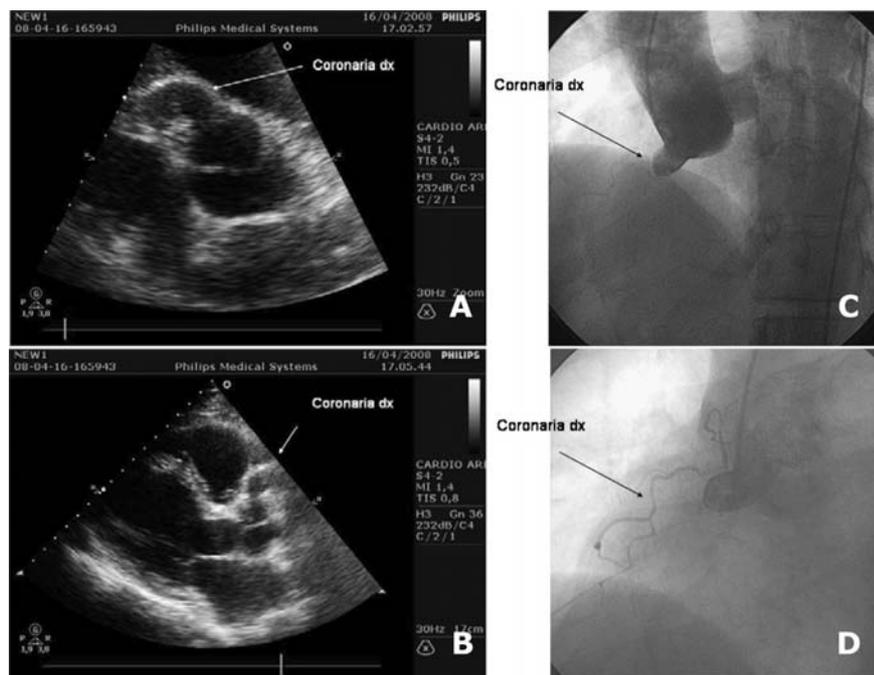


Figura 1. Aneurisma dell'origine della coronaria destra. A: ecocardiogramma transtoracico proiezione asse corto a livello dei grossi vasi, off-axis: si visualizza struttura vascolare che origina dal seno di Valsalva destro, con decorso tipico della coronaria destra. B: ecocardiogramma transtoracico proiezione parasternale asse lungo: a livello della radice aortica, in corrispondenza della cuspidi coronarica destra, struttura vascolare con decorso inizialmente parallelo alla radice aortica del diametro di circa 12 mm. C e D: angiografia coronarica selettiva destra (proiezioni obliqua sinistra e obliqua destra, rispettivamente) con evidenza di dilatazione aneurismatica dell'origine del vaso, che si presenta ipoplasica nel suo decorso successivo.

narici è l'aterosclerosi; etiologie alternative possono essere di tipo micotico, congenito, traumatico, iatrogeno (stent) infiammatorio (malattia di Kawasaki, altre vasculiti)¹. Nel caso presentato non sono emersi indizi clinico-anamnestici né laboratoristico-strumentali indicativi di una evidente etiologia. La diagnosi è abitualmente di tipo angiografico: infatti gli aneurismi coronarici rappresentano un riscontro occasionale in corso di coronarografia. Più raramente un aneurisma coronarico viene diagnosticato con ecocardiografia transesofagea e tomografia computerizzata coronarica multistrato².

Sebbene aneurismi coronarici giganti (oltre 4-5 cm) siano stati rilevati, sotto forma di masse paracardiache, mediante ecocardiografia transtoracica³, tale metodica risulta inadatta per il rilievo di aneurismi di minori diametri. Nel caso presentato la buona finestra acustica e la localizzazione ostiale dell'aneurisma ne hanno consentito la visualizzazione con il semplice ecocardiogramma transtoracico nonostante dimensioni relativamente modeste.

Gli aneurismi coronarici usualmente presentano prognosi favorevole; possono tuttavia complicarsi con fenomeni tromboembolici e, raramente, rottura⁴. Il trattamento

può essere conservativo, basato su antiaggreganti, oppure interventistico, mediante legatura chirurgica o esclusione percutanea. Per le modeste dimensioni e la localizzazione ostiale, abbiamo consigliato al nostro paziente terapia con aspirina 100 mg e follow-up non invasivo mediante ecocardiografia e tomografia computerizzata multistrato.

Bibliografia

1. Nichols L, Lagana S, Parwani A. Coronary artery aneurysm: a review and hypothesis regarding etiology. *Arch Pathol Lab Med* 2008; 132: 823-8.
2. Dübel HP, Glied V, Borges A, Dewey M, Kivelitz D, Rutsch W. Singular coronary artery aneurysm: imaging with coronary angiography versus 16-slice computed tomography, transesophageal echocardiography, and magnetic resonance tomography. *Circulation* 2005; 111: e12-e13.
3. Blank R, Haager PK, Maeder M, Genoni M, Rickli H. Giant right coronary artery aneurysm. *Ann Thorac Surg* 2007; 84: 1740-2.
4. Pahlavan PS, Niroomand F. Coronary artery aneurysm: a review. *Clin Cardiol* 2006; 29: 439-43.