- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.88 Mon, 05 Oct 2026, 13:48:54

Corrispondenza

Una strana cervicoalgia

Al Co-Editor. La toracoalgia e/o la cervicobrachialgia sono dolori molto comuni e di origine talmente diversa che la diagnosi differenziale ancora oggi rimane un difficile impegno per il medico[1-3]. Tuttavia una diagnosi corretta è sempre necessaria perché il dolore a localizzazione toracica, cervicale o brachiale potrebbe essere l'espressione di una condizione clinica potenzialmente pericolosa per la sopravvivenza[2,3].

Alcune situazioni particolari inoltre possono contribuire a rendere ancora più complessa l'interpretazione di questi sintomi.

Presentiamo all'attenzione dell'Editor, come possibile argomento di discussione, il caso di un paziente maschio di 52 anni, in sovraccarico ponderale, dislipidemico e diabetico non insulino-dipendente.

Coinvolto in un incidente d'auto (tamponamento) nell'agosto 2002, il paziente accusò immediatamente dolore cervicale con irradiazione alla spalla sinistra. Nelle settimane successive il dolore divenne intermittente. L'insorgenza non aveva rapporto con lo sforzo, la durata era variabile (da minuti ad ore). Spesso si associava pure a vertigini, contrattura dei muscoli paracervicali, ipostenia all'arto superiore sinistro. I sintomi apparivano con evidenza connessi al trauma subito.

Una tomografia computerizzata del rachide cervicale evidenziò due piccole ernie discali (a livello di C3-C4 e di C4-C5) confermate alla risonanza magnetica nucleare. Per tale motivo il paziente eseguì cicli di fisiokinesiterapia insieme a terapia antalgica ed antinfiammatoria, con scarso beneficio.

In successivi controlli clinici, l'obiettività cardiaca in particolare risultava sempre negativa. Gli elettrocardiogrammi di routine presentavano solo modeste alterazioni aspecifiche della fase di ripolarizzazione ventricolare, di per sé non diagnostiche di ischemia miocardica. L'ecocardiogramma risultava ai limiti della norma. In assenza di specifica indicazione il paziente si sottopose anche a test ergometrico, durante il quale, inaspettatamente, in assenza di angor e di alterazioni ischemiche dell'ST-T, comparve una tachicardia ventricolare non sostenuta a frequenza intorno a 200 b/min (Fig. 1). Tale dato fu interpretato come "sospetto" per cardiopatia ischemica, per cui fu consigliato un esame coronarografico.

L'angiografia coronarica evidenziò stenosi critica a carico della coronaria destra e una stenosi subcritica della circonflessa. Il paziente fu sottoposto nella stessa seduta (febbraio 2003) ad angioplastica con impianto di stent sulla coronaria destra, e successivamente (aprile 2003) ad angioplastica con stent sulla circonflessa. Entrambe le procedure ripristinarono normale flusso ematico delle arterie interessate.

Dopo la prima angioplastica il dolore cervicale e alla spalla sinistra scomparve completamente e da allora non si è più ripresentato.

L'analisi dei fatti suggerisce che il dolore accusato dal paziente dopo il trauma era legato, almeno in parte, ad ischemia miocardica più che a lesioni muscolo-scheletriche o a compressione midollare da un'ernia discale. Tuttavia la diagnosi di cardiopatia ischemica era assai difficile prima della coronarografia. Infatti, il dolore aveva caratteri del tutto atipici ed insoliti nell'ischemia miocardica poiché la sede, la durata (anche ore), l'insorgenza (anche a riposo) e la concomitanza del trauma cervicale, suggerivano altre cause piuttosto che la malattia coronarica. Anche il test da sforzo poteva essere interpretato diversamente, poiché una tachicardia ventricolare da sforzo, pur facendo sospettare una patologia cardiaca, non è necessariamente dipendente dall'ischemia. Inoltre non vi erano le altre anomalie dell'ECG che compaiono nella maggior parte dei soggetti con insufficienza coronarica che vengono sottoposti a test ergometrico (Fig. 1).

In realtà la cardiopatia ischemica può anche presentarsi, se pur non spesso, con dolore assolutamente atipico per sede, durata, irradiazione e caratteri di insorgenza;

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.88 Mon, 05 Oct 2026, 13:48:54

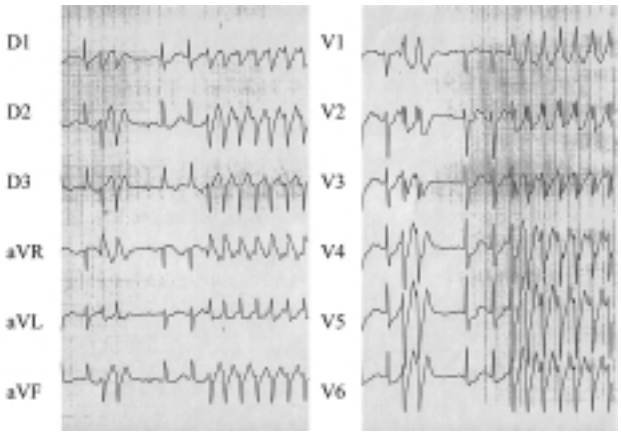

Figura 1. *Tachicardia ventricolare in corso di test ergometrico.*

questo è un esempio di quanto possa essere difficile raggiungere la diagnosi in casi clinici del genere.

Due sono gli aspetti fondamentali che emergono dal presente caso clinico: l'insorgenza del dolore, legato indiscutibilmente al trauma, e la sua immediata cessazione dopo la rivascolarizzazione della coronaria destra. Ciò ha suscitato non poca curiosità agli scriventi ed indotto a qualche riflessione.

Senza escludere la casualità, sempre possibile anche in campo scientifico, abbiamo avanzato qualche tentativo interpretativo di questo caso un po' particolare:
1) è possibile che il trauma abbia reso attuale un'angina potenziale attraverso una sommazione di stimoli dolorosi, somatici e viscerali, da soli subliminali, cioè incapaci isolatamente di determinare sintomatologia dolorosa. Fenomeni di facilitazione potrebbero permettere che input afferenti da sedi diverse abbassino la soglia di sensibilità di fibre connesse provenienti da altri organi determinando la comparsa e l'irradiazione a distanza della sensazione dolorosa[4];
2) il dolore da ischemia potrebbe essere subentrato in qualsiasi momento nel decorso clinico del paziente, sovrapponendosi, embricandosi, confondendosi e successivamente sostituendosi in modo subdolo al dolore traumatico e, per tale motivo, sarebbe rimasto a lungo misconosciuto;
3) la negatività della prova da sforzo (assenza di angor) potrebbe essere spiegata dall'immediata interruzione del test appena comparsa la tachicardia ventricolare (sesto minuto-secondo step), e ciò probabilmente prima del raggiungimento della soglia del dolore ischemico.

In ogni caso, questo stretto rapporto fra il dolore cardiaco e quello traumatico ha reso complesso il quadro clinico del paziente provocando un pericoloso ritardo della diagnosi corretta.

Aldo Merlino, Carmelo Coppolino, Ludovico Vasquez
Reparto di Cardiologia-UTIC
Ospedale Civile di Milazzo
ASL 5 di Messina

Bibliografia

1. Levine HJ. Difficult problems in the diagnosis of the chest pain. Am Heart J 1980; 100: 108-18.
2. Schneider RR, Seckler SG. Evaluation of acute chest pain. Med Clin North Am 1981; 65: 53-66.
3. Donat WE. Chest pain: cardiac and noncardiac causes. Clin Chest Med 1987; 8: 241-52.
4. Hugon M. Transfer of somatosensory information in the spinal cord. In: Cobb WA, ed. Handbook of electroencephalography and clinical neurophysiology. Vol 9. Amsterdam: Elsevier, 1971: 33-44.