

Casi clinici

Dissezione spontanea di due rami coronarici in un giovane maschio.

Descrizione di un caso clinico

Giancarlo Corsini, Luciano Fattore, Salvatore Romano, Alfredo Vetrano, Saverio Melorio, Fabrizio Corsini, Tammaro Chiacchio*, Rocco Perrotta, Gregorio Salvarola, Carmine Chieffo

Dipartimento di Cardiologia, U.O. di Elettrofisiologia ed Elettrostimolazione, Azienda Ospedaliera Ospedale Civile, Caserta, *Divisione di Cardiologia, Ospedale San Giovanni di Dio, Frattamaggiore (NA)

Key words:
Acute coronary syndrome;
Spontaneous coronary
dissection.

Spontaneous coronary dissection is responsible for acute coronary syndromes particularly in females during and in the *peri-partum* period. It rarely occurs in patients without atherosclerotic coronary plaques.

We report a particular clinical course of a 39-year-old patient with spontaneous dissection of two coronary arteries. His clinical course suggested only medical treatment, with aspirin, beta-blockers and ACE-inhibitors. At 3 months of follow-up the patient is free of symptoms.

(Ital Heart J Suppl 2002; 3 (2): 225-228)

© 2002 CEPI Srl

Ricevuto il 6 agosto 2001;
nuova stesura l'1 ottobre
2001; accettato il 4
ottobre 2001.

Per la corrispondenza:

Dr. Luciano Fattore

Dipartimento
di Cardiologia
U.O. di Elettrofisiologia
ed Elettrostimolazione
Azienda Ospedaliera
Via Tescione
81100 Caserta
E-mail:
lubrufelia@libero.it

Introduzione

La dissezione spontanea di un'arteria coronarica può causare un inaspettato infarto miocardico acuto e la morte improvvisa; spesso è un reperto autoptico^{1,2}. Di tutti i casi descritti in letteratura i due terzi si sono verificati in donne, ed una metà di tali casi durante il periodo *post-partum*. Piuttosto rari sono, quindi, i casi di dissezione coronarica in giovani maschi. Fino al 1986 erano stati descritti in tutto circa 150 casi³. Da una ricerca bibliografica degli ultimi 10 anni, abbiamo trovato segnalazioni isolate di 1-2 casi nei maschi, con osservazioni sulla prognosi e sul trattamento non ben definite⁴⁻¹⁴.

Segnaliamo un caso recentemente giunto alla nostra osservazione che ha sollecitato la nostra attenzione per l'interessamento in possibile successione, di due vasi coronarici per l'evoluzione clinica protratta e la buona prognosi a breve termine, con solo trattamento medico.

Caso clinico

È giunto alla nostra osservazione, trasferito da un'unità coronarica (UTIC) periferica, un giovane maschio di razza caucasica di 39 anni, normopeso, longilineo,

senza *habitus* marfanoide, senza familiarità per cardiopatia ischemica, non fumatore, non dislipidemico, normoteso, non abuso di alcool né caffè, non uso di droga, nessun trauma toracico, né attività fisica intensa nei giorni precedenti, commerciante, con notevole impegno di lavoro; vengono riferite manifestazioni dispeptiche da qualche anno. Il paziente si ricovera dopo 1 ora dall'insorgenza di dolore precordiale di tipo oppressivo, con irradiazione alla spalla sinistra ed alla mandibola. L'elettrocardiogramma al ricovero mostra tratto ST slivellato in basso in V₁-V₃ con onda T negativa. È stato pertanto trattato con nitrati e.v., eparina sodica, aspirina ed integrelin. Tale trattamento condiziona la scomparsa della sintomatologia dolorosa, che tuttavia si ripresenta durante la notte, accompagnata da modifiche elettrocardiografiche, caratterizzate da slivellamento in alto del tratto ST in V₂-V₆, in D₁ ed aVL; e slivellamento in basso speculare in D₂-D₃-aVF. Per tale quadro clinico-elettrocardiografico il paziente è trattato con trombolisi mediante rTPA secondo schema GUSTO, con pronta regressione del dolore e delle modifiche di ST. Dopo 2 ore, nuovo episodio di angor con modifiche elettrocardiografiche sovrapponibili. L'esame ecocardiografico, eseguito in UTIC, mostra limitata acinesia del setto apicale. Nei 3 giorni successivi il

paziente rimane asintomatico, ma in quarta giornata presenta nuovo episodio doloroso, con tratto ST slivellato in alto ed onde T positive in V₂-V₃. Picco della creatininchinasi (CK) circa 800 UI. In quarta giornata il paziente viene trasferito presso il nostro Dipartimento di Cardiologia, con enzimogramma cardiaco negativo, per eseguire studio emodinamico. Il quadro elettrocardiografico all'arrivo presso la nostra UTIC è caratterizzato da diffuso sottoslivellamento del tratto ST nelle derivazioni precordiali ed in D₂, D₃, aVF, con onda T negativa nelle stesse derivazioni ed in D₁ ed aVL (Fig. 1). In quinta giornata, entro 24 ore dal trasferimento ed in assenza di sintomatologia dolorosa, si esegue coronarografia che documenta: coronaria destra normale; coronaria sinistra: tronco comune normale, il ramo circonflesso presenta dissezione prossimale spiraleforme coinvolgente il primo ramo marginale ottuso (Fig. 2), la discendente anteriore presenta lieve riduzione di calibro senza evidenze angiografiche di placche o dissezione ed una dissezione prossimale del primo ramo diagonale (Fig. 3). La ventricolografia evidenzia ipo-acinesia apicale. In settima giornata il paziente ha un nuovo episodio di angor persistente con tratto ST slivellato in basso in tutte le derivazioni precordiali. L'esame ecocardiografico mostra acinesia inferiore. Inoltre si registra aumento del CK (2400 UI) e del CK-MB (277 UI). All'eco color Doppler dei vasi epiaortici non si registrano lesioni ostruttive, né iperplasia intimale, né segni di dissezione vasale. Gli esami ematochimici risultano nei limiti, in particolare la colesterolemia totale all'ingresso nella nostra UTIC è 147 mg/dl, il colesterolo LDL 92 mg/dl ed il fibrinogeno è 323 mg/dl.

Il paziente, trattato con betabloccanti, aspirina ed ACE-inibitori, rimane completamente asintomatico fino alla dimissione in sedicesima giornata. A distanza di 2 mesi il paziente è ancora asintomatico, con quadro elettrocardiografico da infarto miocardico antero-laterale ed onde Q patologiche in D₁ e aVL (Fig. 4).

Discussione

Una recente classificazione delle dissezioni coronariche spontanee proposta da Vale e Baron⁸ prevede la suddivisione in tre gruppi. Il primo è composto da donne giovani in periodo *peri-partum* e rappresenta il gruppo più numeroso descritto in letteratura. Il secondo è composto da pazienti con coinvolgimento aterosclerotico delle coronarie, in cui probabilmente la dissezione è solo un fenomeno associato all'evoluitività della placca aterosclerotica. Il terzo gruppo di pazienti, definito idiopatico, è il meno numeroso ed è composto da pazienti in cui la dissezione coronarica è la sola lesione evidenziabile.

La percentuale più alta di dissezioni spontanee delle arterie coronariche è stata registrata nelle donne, e più frequentemente nel periodo immediatamente precedente e successivo al parto. In alcuni casi isolati la dissezione è stata correlata all'uso di contraccettivi orali¹⁵. Il loro riconoscimento clinico è difficile, tanto che spesso la diagnosi è autoptica^{1,2}. L'ipertensione e l'aterosclerosi coronarica sono rare, mentre spesso sono presenti lesioni simili alla medionecrosi cistica. Molto raramente la dissezione coronarica si verifica in pazienti con sindrome di Marfan¹⁶. All'autopsia il vaso in-

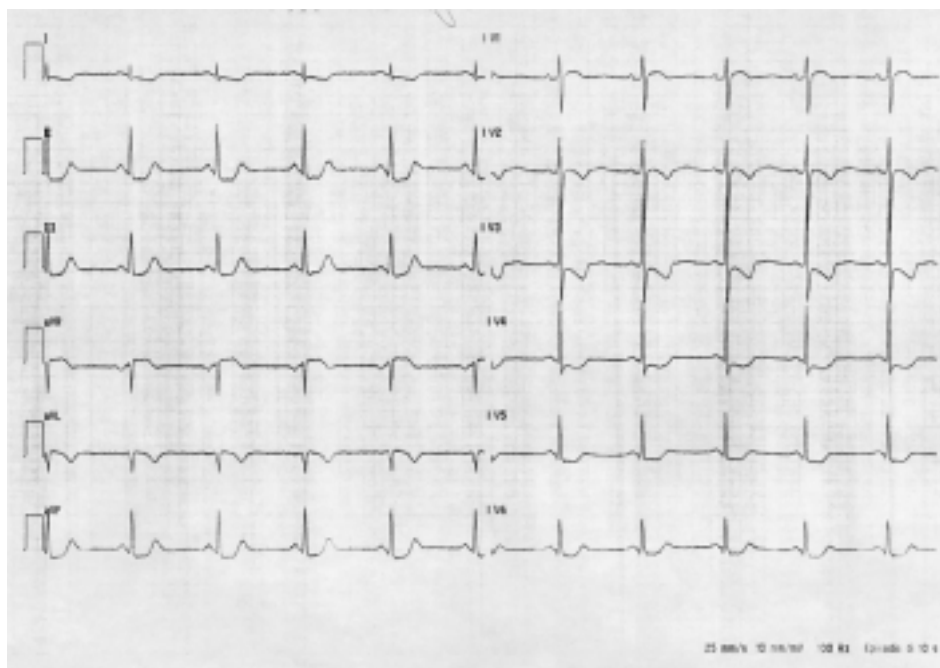


Figura 1. Elettrocardiogramma in quarta giornata, al ricovero presso l'unità coronarica.



Figura 2. Dissezione prossimale spiraliforme della circonflessa, coinvolgente il primo ramo marginale ottuso.

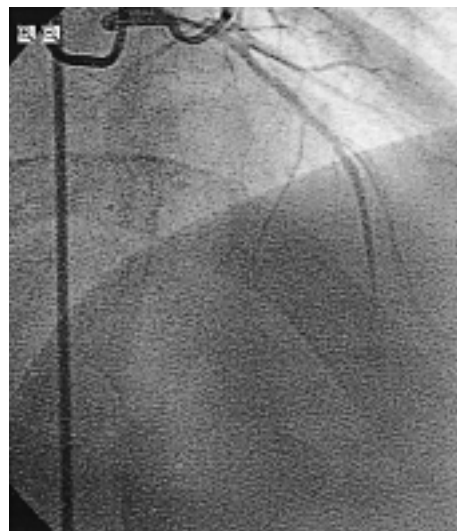


Figura 3. Dissezione prossimale del primo ramo diagonale dell'arteria discendente anteriore.

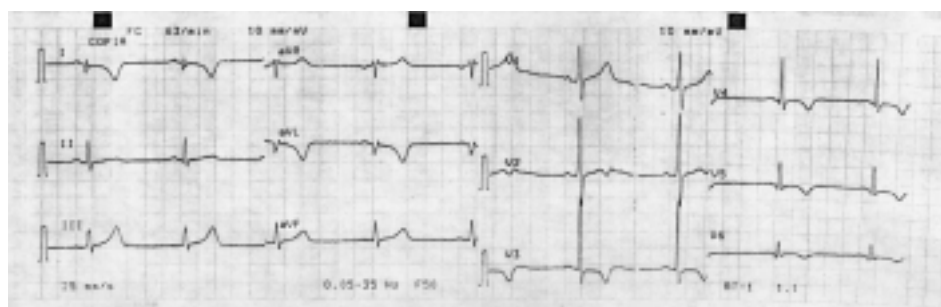


Figura 4. Elettrocardiogramma alla dimissione.

teressato appare ectasico, ecchimotico, con tendenza alla rottura. L'esame istologico presenta reazione infiammatoria avventiziale e periavventiziale, con riscontro di eosinofili, linfociti, plasmacellule, istiociti e polimorfonucleati. Il vaso maggiormente interessato è la discendente anteriore entro 2 cm dall'origine³.

La casistica autoptica di Smith² comprendeva 43 casi (32 femmine e 11 maschi); solo 12 pazienti avevano più di 45 anni; in 27 pazienti (63%) la manifestazione clinica di esordio era stata la morte improvvisa, in un solo paziente la diagnosi era stata posta prima del decesso. La dissezione interessava nell'86% dei casi una sola coronaria, di solito la discendente anteriore. In 2 casi erano presenti aneurismi disseccanti anche in arterie extracardiache, ma non nell'aorta.

La diagnosi *in vivo* è sostanzialmente affidata alla coronarografia, che mostra i classici segni della dissezione, caratterizzati da ritardo nell'eliminazione del mezzo di contrasto, presenza di doppio lume, con flap intimale; o più raramente essa può presentarsi come semplice occlusione del vaso interessato¹⁷.

Il paziente venuto alla nostra osservazione ci è sembrato presentare alcune peculiarità. Innanzitutto l'assenza dei comuni fattori di rischio coronarico, quali la fami-

liarità per cardiopatia ischemica, l'ipercolesterolemia, l'ipertensione arteriosa, il diabete mellito e l'abitudine al fumo, fanno verosimilmente pensare ad una forma idiopatica di dissezione coronarica. Tale ipotesi è avvalorata anche dall'assenza di lesioni aterosclerotiche dei vasi epiaortici, rilevabile all'esame eco color Doppler e dei vasi coronarici, rilevabile all'esame angiografico. La coronarografia, nonostante l'evoluzione clinica, è stata effettuata soltanto in quinta giornata, per la mancanza del Servizio di Emodinamica nell'ospedale in cui è stato effettuato il primo ricovero. Essa evidenzia, d'altra parte, segni piuttosto tipici di dissezione di due vasi coronarici, ed in particolare della circonflessa prossimale, estesa al primo ramo del margine ottuso, e del primo ramo diagonale. La dissezione inoltre si estende molto distalmente.

Dall'andamento del decorso clinico "a poussé" e dal quadro angiografico si può immaginare che la dissezione sia iniziata, in un primo momento, nella discendente anteriore, e che, solo dopo qualche giorno, abbia interessato anche la circonflessa. D'altra parte il trattamento farmacologico con inibitori della glicoproteina IIb/IIIa e con trombolisi, peraltro giustificato dal sospetto clinico e dal quadro elettrocardiografico, è da ritenersi sicuramente inefficace e probabilmente responsabile della progres-

sione distale della dissezione. Nel nostro paziente si è dimostrato utile, invece, il trattamento conservativo con betabloccanti. Il trattamento conservativo, attuato dopo aver valutato di concerto con gli emodinamisti ed il cardiocirurgo le difficoltà tecniche legate essenzialmente alla diffusa estensione distale della malattia ed al ridotto diametro dei vasi interessati, è stato convalidato dalla progressiva attenuazione della sintomatologia soggettiva; tuttavia in letteratura sono segnalati comportamenti decisamente più aggressivi^{14,18}.

Il paziente è attualmente seguito presso il nostro ambulatorio, è asintomatico ed è ancora in trattamento con betabloccanti, aspirina ed ACE-inibitori. Un controllo coronarografico è previsto dopo 3 mesi dall'episodio acuto.

L'andamento clinico ondulante ed apparentemente benigno del nostro paziente lascia pensare che la prevalenza di dissezione coronarica, quale causa di sindrome coronarica acuta, possa essere sottovalutata¹⁸. È quindi, a nostro avviso, necessario ai fini diagnostici ricorrere ad una sollecita indagine emodinamica nei pazienti senza fattori di rischio e con andamento clinico "a poussé". Le indicazioni a rivascolarizzazione mediante angioplastica con stent o chirurgica devono essere valutate in ogni singolo caso^{7,8,18}.

Riassunto

La dissezione coronarica spontanea è responsabile dell'insorgenza di sindrome coronarica acuta soprattutto in pazienti di sesso femminile e nel periodo *peri-partum*; molto più raramente essa interessa coronarie di pazienti maschi e senza malattia aterosclerotica. Inoltre la diagnosi di dissezione coronarica è spesso autoptica.

Riportiamo il caso di un paziente di 39 anni, ricoverato presso UTIC periferica ad 1 ora dall'insorgenza di dolore precordiale tipico, con quadro elettrocardiografico iniziale di ischemia anteriore e successivamente di ischemia-lesione anteriore, trasferito in quarta giornata presso il nostro Dipartimento per l'instabilità della sintomatologia. L'esame coronarografico, eseguito in quinta giornata, ha mostrato dissezione prossimale spirale coinvolgente il primo ramo marginale ottuso, e dissezione prossimale del primo ramo diagonale. La ventricolografia ha evidenziato ipo-acinesia apicale.

In accordo con il cardiocirurgo e l'emodinamista si è deciso trattamento medico conservativo. A 3 mesi dall'evento il paziente è asintomatico.

Parole chiave: Dissezione coronarica spontanea; Sindrome coronarica acuta.

Bibliografia

1. Corrado D, Thiene G, Cocco P, Frescura C. Non-atherosclerotic coronary artery disease and sudden death in the young. *Br Heart J* 1992; 68: 601-7.
2. Smith JC. Dissecting aneurysms of coronary arteries. *Arch Pathol* 1975; 99: 117-21.
3. Baker PB, Keyhani-Rofagha S, Graham RL, Sharma HM. Dissecting hematoma (aneurysm) of the coronary arteries. *Am J Med* 1986; 80: 317-9.
4. Kearney P, Singh H, Hutter J, Khan S, Lee G, Lucey J. Spontaneous coronary artery dissection: a report of three cases and review of the literature. *Postgrad Med J* 1993; 69: 940-5.
5. Zampieri P, Aggio S, Roncon L, et al. Follow-up after spontaneous coronary artery dissection: a report of five cases. *Heart* 1996; 75: 206-9.
6. Thistlethwaite PA, Tarazi RY, Giordano FJ, Jamieson SW. Surgical management of spontaneous left main coronary artery dissection. *Ann Thorac Surg* 1998; 66: 258-60.
7. Singh RS, Pannu HS, Agarwal R, Prasad VS, Cherian KM. Spontaneous double vessel coronary artery dissection. A case report and surgical management. *Scand Cardiovasc J* 1997; 31: 181-3.
8. Vale PR, Baron DW. Coronary artery stenting for spontaneous coronary artery dissection: a case report and review of literature. *Cathet Cardiovasc Diagn* 1998; 45: 280-6.
9. Yeoh JK, Choo HH, Soo CS, Lim YT, Yan CH. Spontaneous coronary artery dissection in a young man with anterior myocardial infarction. *Cathet Cardiovasc Diagn* 1991; 24: 186-8.
10. Pasalodos Pita J, Vazquez Gonzales N, Perez Alvarez L, Vazquez Rodriguez JM, Castro Beiras A. Spontaneous coronary artery dissection. *Cathet Cardiovasc Diagn* 1994; 32: 27-32.
11. Mafri A, Cioffi P, Alberti A. Spontaneous coronary dissection as a cause of acute myocardial infarct: description of a case and review of the literature. *G Ital Cardiol* 1997; 27: 821-6.
12. Parry R, MacConnell T, Wilde P. Case report: spontaneous coronary artery dissection. *Clin Radiol* 1994; 49: 142-3.
13. Shah C, Narula D, Kulkarni H, Dalvi B. Spontaneous coronary artery dissection in a young man with inferior wall myocardial infarction. *Am Heart J* 1996; 132: 696-8.
14. Caddeo A, Delogou G, Cadeddu M, et al. Dissezione spontanea del tronco comune della coronaria sinistra: un caso clinico e revisione della letteratura. *Ital Heart J Suppl* 2001; 2: 413-7.
15. Heefner WA. Dissecting hematoma of the coronary artery. A possible complication of oral contraceptive therapy. *JAMA* 1973; 223: 550-1.
16. Roberts WC, Honig HS. The spectrum of cardiovascular disease in the Marfan syndrome: a clinico-morphologic study of 18 necropsy patients and comparison to 151 previously reported necropsy patients. *Am Heart J* 1982; 104: 115-35.
17. Virmani R, Forman MB, Robinowitz M, McAllister HA Jr. Coronary artery dissections. *Cardiol Clin* 1984; 2: 633-46.
18. DeMaio SJ Jr, Kinsella SH, Silverman ME. Clinical course and long-term prognosis of spontaneous coronary artery dissection. *Am J Cardiol* 1989; 64: 471-4.