



**Segundas Jornadas Patagónicas de Actualización en Salud Integral del Adolescente
08-09-10 de Abril de 2015 - Comarca Andina del Paralelo 42 - Patagonia Argentina**

Un caso di mio-pericardite con danno miocardico

G.Raiola¹, V. Talarico², BV. Palermo², MC. Galati³, M Barreca¹, M. Borile⁴

¹U.O. di Pediatria, Azienda Ospedaliera “Pugliese-Ciaccio” di Catanzaro, Italia

²Pediatria Universitaria, Università “Magna Graecia” di Catanzaro, Italia

³U.O. di Oncoematologia pediatrica, Azienda Ospedaliera “Pugliese-Ciaccio” di Catanzaro, Italia

⁴Sociedad Argentina de Salud Integral del Adolescente

valentina.talarico <talaricovalentina@gmail.com>,

Giuseppe Raiola <giuseppe.raiola57@alice.it>

SR, 17 anni, giungeva alla nostra osservazione per la comparsa di dolore restrosterale di tipo costrittivo da circa 1 mese; nell’ultima settimana il dolore inoltre si irradiava al braccio sinistro e si associavano palpitazioni. E.O. all’ingresso: PA 130/80 mmHg, FC 82 bpm, auscultazione cardiaca nella norma, con toni cardiaci validi e ritmici; al torace buona la penetrazione d’aria. Venivano quindi eseguiti esami ematochimici che mettevano in evidenza aumento di: CK 349 U/L, CK-MB 35 U/L AST 51U/l (ALT normali 16U/l) con Troponina T_{hs} 0.358 ng/ml. L’ECG all’ingresso mostrava anomalie della ripolarizzazione ventricolare in sede inferiore. Eseguita quindi ecocardiogramma che segnalava uno scollamento sistolico della giunzione epipericardica, senza alterazioni della cinesi cardiaca con FE 60%. Veniva quindi iniziata terapia antinfiammatoria con ibuprofene, ponendo il paziente a riposo assoluto sotto stretto monitoraggio clinico-strumentale. Si assisteva ad un iniziale aumento dei valori ematici di troponina T_{hs} (valore max 0.508 ng/ml) senza mai riduzione del la FE al di sotto dei valori soglia; successivamente il quadro clinico e laboratoristico migliorava.

Successivamente veniva eseguita una RMN cardiaca che metteva in evidenza la persistenza del versamento pericardico e la presenza di “area di enhancement cardiaco a carico del segmento infero-laterale del ventricolo sx come da possibile sofferenza miocardica”. Il ragazzo mantiene tuttora la terapia antinfiammatoria ed è sotto stretto follow up cardiologico.

Conclusioni: La mio-pericardite rappresenta un processo infiammatorio raro, ma potenzialmente fatale. La diagnosi si basa sul riscontro di dati laboratoristici (aumento degli enzimi cardiaci e delle AST non associato all’aumento delle ALT), anomalie spesso aspecifiche dell’ECG (tachicardia sinusale, anomalie della depolarizzazione e ripolarizzazione ventricolare), ecocardiogramma (anomalie della cinesi cardiaca, dilatazione delle camere, disfunzione ventricolare, ipertrofia delle pareti,



Segundas Jornadas Patagónicas de Actualización en Salud Integral del Adolescente

08-09-10 de Abril de 2015 - Comarca Andina del Paralelo 42 - Patagonia Argentina

insufficienza valvolare e versamento pericardico). Il Gold Standard è rappresentato dalla biopsia endomiocardica e dalla RMN cardiaca; quest'ultima, come evidenziato nel nostro caso, è maggiormente sensibile anche rispetto all'ecocardiogramma nel diagnosticare l'infiammazione, l'edema e la sofferenza tissutale, riuscendo ad individuare anche le lesioni piccole e discontinue della parete cardiaca.

Parole chiavi: Miocardite, RMN cardiaca, dolore toracico, ecocardiogramma