

**Acute Viral Myopericarditis Mimicking ST Elevation Myocardial Infarction in 58y old athlete (cyclist):
Pitfalls in diagnosis and prognosis**

Un caso di Miopericardite acuta simulante uno STEMI in ciclista 58enne: Insidie nella diagnosi e prognosi

Abstract

Massimo Bolognesi
Internal Medicine and Sports Cardiology
Cesena

L'infarto miocardico acuto è prevalentemente causato da fenomeni trombotici che complicano una placca aterosclerotica coronarica, generalmente nel contesto di una coronaropatia più o meno ostruttiva. Questo assunto fisiopatologico non è tuttavia assiomatico: sebbene la gran parte dei casi di sindrome coronarica acuta sia attribuibile sul piano fisiopatologico alla concomitanza di trombosi acuta e di significativa o severa malattia aterosclerotica ostruttiva riscontrabile allo studio coronarografico, una rilevante minoranza di casi non obbedisce rigidamente a questi criteri. È possibile infatti avere un IMA in pazienti con spasmo coronarico e arterie coronarie per il resto normali.

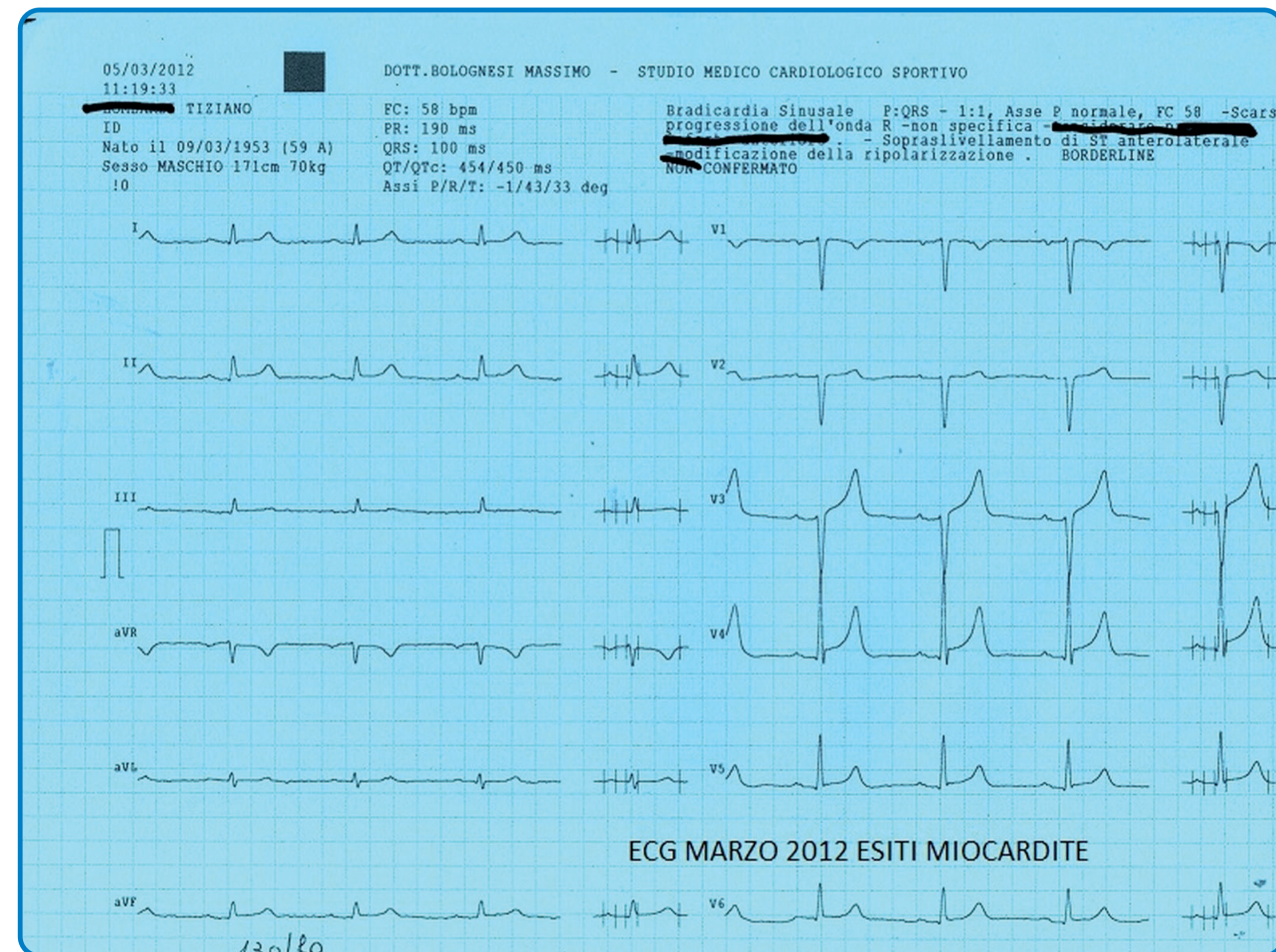
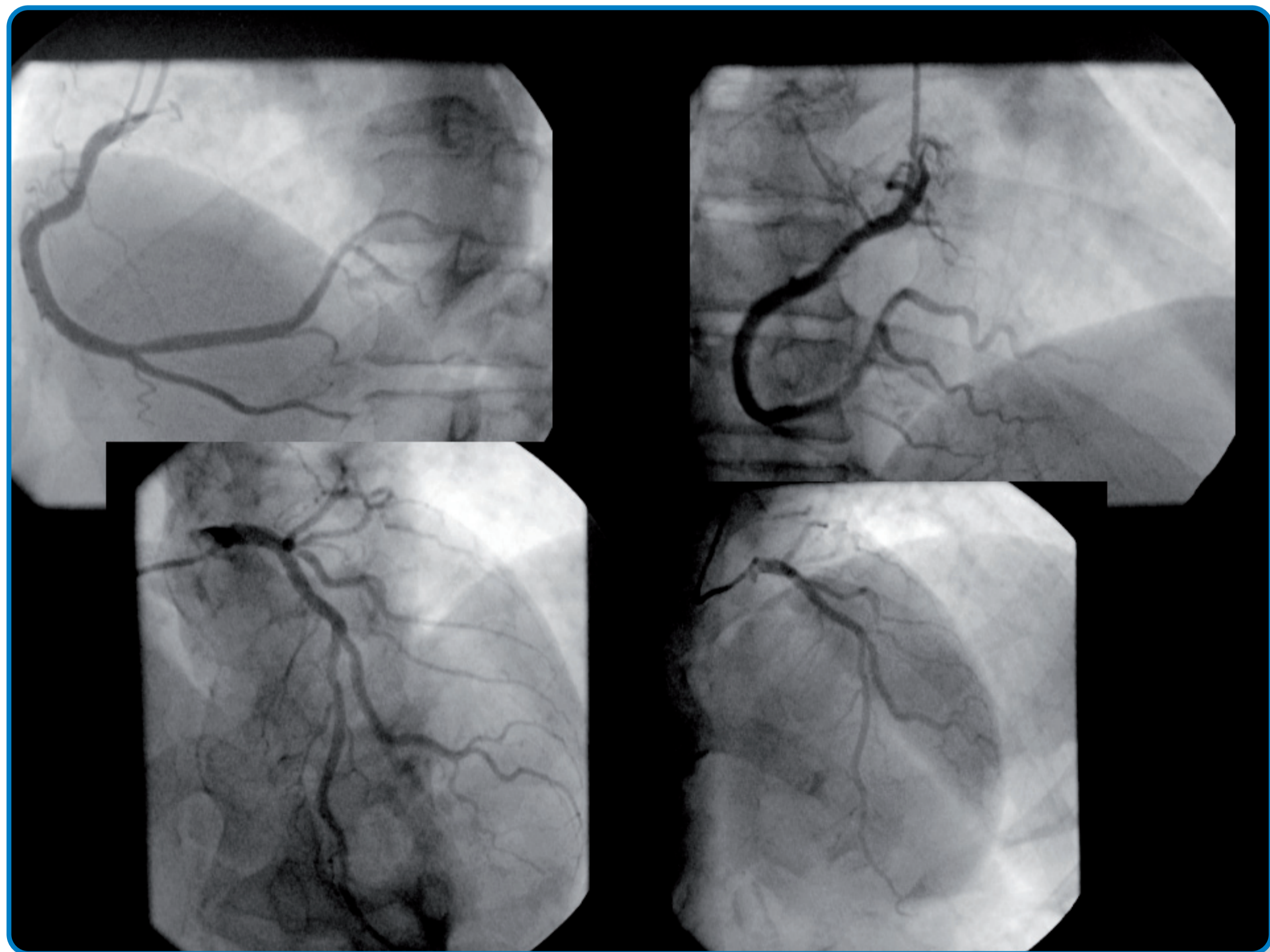
Un aspetto emergente ed affascinante della medicina e cardiologia sportiva sono invece le patologie, già ampiamente riportate in letteratura, che, come la miocardite e/o miopericardite acuta, simulano la sindrome coronarica acuta, in particolare l'infarto del miocardio, generando notevoli implicazioni di carattere clinico, psicologico e prognostico, relativamente alla carriera sportiva di atleti di alto livello competitivo. Questo Case Report illustra e documenta l'iter clinico e strumentale di un ciclista evoluto (MTB) di 58 anni che ripropone l'importanza della diagnosi differenziale nei pazienti che presentano segni e sintomi di sospetto o probabile IMA in assenza di significativa malattia aterosclerotica dei vasi coronarici, soprattutto se atleti o individui in giovane età, senza particolari fattori di rischio cardiovascolare e con una anamnesi suggestiva per recente malattia simil-influenzale.

Non per caso la letteratura riporta numerose segnalazioni di casi di soggetti colpiti da mio(per)icardite acuta che è in grado di simulare clinicamente una necrosi miocardica su base ischemica, e come è ampiamente noto la presentazione clinica della miocardite è decisamente variabile.

Questo caso accentua l'utilità della risonanza magnetica (CMR) cardiaca nel distinguere e quindi confermare con certezza quasi assoluta la diagnosi di miocardite acuta nel paziente con sintomi, segni biomorali, elettrocardiografici e anche ecocardiografici suggestivi per un infarto miocardico acuto in assenza di malattia coronarica significativa angiograficamente documentabile.

Le raccomandazioni includono alcuni aspetti chiave per l'uso della Risonanza Magnetica, come le indicazioni cliniche, i protocolli standard e soprattutto i criteri diagnostici (Lake Louise Criteria). Queste raccomandazioni promuovono quindi la risonanza magnetica come il più affidabile e non invasivo strumento diagnostico per la miocardite multifocale, in efficace alternativa all'invasiva biopsia endomiocardica.

Angio-TC coronarica: coronarie epicardiche indenni da malattia aterosclerotica significativa



RM cardiaca : 1) Iperintensità di segnale T2w/STIR (sequenze per la valutazione dell'edema) in sede intra-miocardica e sub-epicardica 2) Delayed Enhancement (LGE) nelle sequenze Inversione Recovery/IR 10 minuti dopo somministrazione EV di Gadolinio (sequenze per la valutazione della permeabilità micro-vascolare e della necrosi) in sede intra-miocardica e sub-epicardica

