
SCORE ANAMNESTICO NELLA DIAGNOSI DELLA SINCOPE VASOVAGALE

R. Raddino, I. Bonadei, G. Zanini, D. Robba, G. Caretta, M. Teli, F. Chieppa, A. Madureri, L. Dei Cas
Sezione di malattie cardiovascolari, Dipartimento di Medicina Sperimentale applicata, Università degli studi di Brescia

Descriviamo il caso di una donna di 69 anni con episodi sincopali e lipotimici recidivanti, da circa 5 anni, nel passaggio dalla posizione clinostatica ad ortostatica, preceduti da vertigine, nausea e sudorazione profusa. La paziente era già stata sottoposta ad Head Up Tilt Test (HUTT) con dimostrazione di ipotensione ortostatica severa e posta in terapia con α -agonisti e simpaticomimetici senza beneficio.

Abbiamo eseguito monitoraggio pressorio delle 24 ore con evidenza di ampia escursione della PA nel passaggio a clinostatismo, ripetuto HUTT confermando l'ipotensione ortostatica severa; ai controlli biumorali evidenza di ipoaldosteronismo, iporeninemia, catecolamine sieriche ai limiti inferiori di norma. Abbiamo eseguito numerosi esami strumentali escludendo cause cardiologi-

che, neurologiche o sistemiche di sincope e confermando insufficienza autonoma pura. La paziente è stata posta in terapia con fludrocortisone e midodrina ad elevato dosaggio con significativa regressione della sintomatologia lipotimica e assenza di episodi sincopali. Dopo 1 anno abbiamo rilevato ipertensione marcata in clinostatismo e ipopotassiemia severa refrattaria a terapia sostitutiva. È stato inizialmente ridotto il dosaggio di fludrocortisone con miglioramento della PA e introdotto risparmiatore di potassio a basse dosi con normalizzazione della potassiemia. La associazione di α -agonista e mineralcorticoide + antialdosteronico a basse dosi ha consentito il mantenimento di un adeguato equilibrio emodinamico e metabolico permanente con un significativo miglioramento della qualità di vita.