



CASE REPORT: DOLORE ACUTO ALL'ARTO SUPERIORE SINISTRO E DISPNEA.

Ernesto Cristiano Lauritano, Antonio Laginestra, Angelo Chiappano, Mauro Marengo, Ivo Casagrande.
Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza, Azienda Ospedaliera Nazionale, "SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo".

Caso clinico

Un uomo di settanta anni, affetto da bronchite cronica ostruttiva in tabagismo attivo ed insufficienza renale cronica, portatore di endoprotesi dell'aorta addominale per pregresso aneurisma, è giunto presso il nostro Pronto Soccorso per dolore acuto all'arto superiore sinistro insorto circa 5 ore prima e successiva comparsa, dopo circa 2 ore, di dispnea ingravescente.

All'esame obiettivo, il paziente appariva tachipnoico, tachicardico, lievemente ipoteso. L'arto superiore sinistro risultava pallido e freddo con significativa iposfigmia dei polsi arteriosi rispetto al controllato. L'obiettività polmonare mostrava riduzione diffusa del murmure vescicolare senza rumori aggiunti; vi era lieve succulenza degli arti inferiori bilateralmente.

Veniva eseguito elettrocardiogramma a 12 derivazioni, che mostrava tachicardia sinusale, blocco di branca destro incompleto, T negative in DIII, aVF e in V2-V4, complessi SDI/QDIII. L'emogasanalisi in aria ambiente evidenziava un quadro di insufficienza respiratoria, con ipossiemia (pO₂ 46.4 mmHg) ed ipocapnia (pCO₂ 32.8 mmHg). L'ecocardiogramma in urgenza, eseguibile solo per via epigastrica, mostrava normali dimensioni endocavitarie e cinesi del ventricolo destro e sinistro.

Veniva eseguito prelievo ematochimico standard, veniva somministrato ossigeno ad alti flussi e il paziente veniva accompagnato d'urgenza in sala Tac. La Tac mostrava un quadro di embolia polmonare massiva con grossolano trombo endoluminale a carico del ramo destro dell'arteria polmonare e zone di consolidamento di probabile natura infartuale; non erano presenti segni di flap intimale dell'aorta, ma si evidenziava occlusione completa dell'arteria succlavia sinistra estesa all'arteria ascellare omolaterale.

Gli esami ematochimici mostravano lieve incremento degli indici di flogosi, aumento della creatinina (2.3 ng/dl) e della troponina (0.7 ng/ml - range 0.0-0.04 ng/ml).

Il paziente veniva valutato dal collega chirurgo vascolare che poneva indicazione ad intervento di trombectomia secondo Fogarty. Data la necessità di tale intervento, si decideva di non sottoporre il paziente a trombolisi sistemica ma veniva iniziata terapia eparinica per via endovenosa. L'intervento consentiva la rimozione di materiale trombotico con successivo ripristino di buon flusso a valle.

Dopo un breve ricovero presso il reparto di Terapia Semi-Intensiva Cardiochirurgica-Chirurgia Vascolare, il paziente veniva trasferito presso la nostra degenza di Medicina d'Urgenza. Per l'insolita contemporanea presenza di embolia polmonare ed arteriosa, nel dubbio di embolia paradossa, il paziente veniva sottoposto ad ecocardiogramma transesofageo che mostrava ampio forame ovale pervio con shunt paradossale destro-sinistro fasico con la meccanica respiratoria.

Il successivo decorso clinico è stato regolare; è stata avviata terapia anticoagulante orale; la ricerca di trombofilia e di neoplasie occulte è risultata negativa; non si è proceduto a chiusura percutanea del forame ovale pervio poiché il paziente ha rifiutato il consenso alla procedura.

Discussione: L'embolia paradossa è un evento clinico raro (meno del 2% di tutti gli emboli arteriosi) ma con una mortalità significativa (fino al 21%). La sua definizione richiede la documentazione di una triade, costituita dalla pervietà del forame ovale, dall'embolia arteriosa sistemica in assenza di foci trombotici nelle sezioni cardiache sinistre e nel primo tratto dell'aorta e dalla trombosi venosa profonda o embolia polmonare.