

Decodificare il cuore: oltre le immagini, verso il paziente



Caso Clinico - Prof. Riccardo Faletti | Università degli Studi di Torino

Dolore toracico in un giovane paziente

Contesto Clinico

- Paziente maschio, 20 anni, fumatore, familiarità per CAD
- Dolore toracico irradiato, ST sopraelevato in derivazioni laterali e inferiori
- Biomarcatori miocardici elevati, FE lievemente ridotta all'eco

Approccio Diagnostico

- Coronaro TC come primo step per escludere CAD
- Tecnologia: TC 256 slice, acquisizione in singolo battito
- Risultato: coronarie epicardiche indenni, nessuna stenosi significativa (dose totale erogata: 1.24 mSv)

Follow-up

- Eseguito late enhancement in TC: pattern non ischemico, distribuzione inferolaterale
- Successiva risonanza magnetica cardiaca: conferma edema subepicardico, fibrosi e valori elevati al mapping T1/T2
- Diagnosi finale: miocardite acuta

Conclusioni

- La TC cardiaca, grazie alle tecnologie di ultima generazione, può essere utilizzata in Pronto Soccorso come strumento di tipo “one-stop-shop”, fornendo in un'unica acquisizione informazioni diagnostiche fondamentali, anche in pazienti giovani
- Il late enhancement in TC, pur essendo ancora meno consolidato rispetto alla risonanza, può teoricamente fornire informazioni sovrapponibili, grazie alla similitudine farmacocinetica tra i mezzi di contrasto iodati e quelli a base di gadolinio
- La risonanza magnetica rimane lo standard di riferimento nella diagnosi di miocardite

Caso Clinico - Dr.ssa Saima Mushtaq | IRCCS Centro Cardiologico Monzino, Milano

Infarto silente in un atleta

Contesto Clinico

- Paziente maschio, 31 anni
- Ex fumatore, episodio pregresso di dispnea acuta dopo binge drinking e consumo di sostanze stupefacenti (THC)
- ECG: segni di infarto anteriore, T negative profonde
- Eco: dilatazione del ventricolo sinistro, acinesia apicale, FE 27%

Approccio Diagnostico

- CardioRM: edema miocardico, infarcimento emorragico, trombo apicale
- CardioTC: placca fibrolipidica con rimodellamento positivo (placca vulnerabile) nell'arteria coronaria discendente anteriore
- Coronarografia: conferma lesione severa → angioplastica con stent

Follow-up

- RM a 2 mesi: fibrosi persistente, FE migliorata a 36% Indice di miocardio salvato basso
- Impianto di defibrillatore: inizialmente LifeVest, poi ICD definitivo

Conclusioni

- La RM ha evidenziato anche complicanze post-ischemiche come la trombosi apicale
- La TC ha identificato una placca ad alto rischio, confermata poi alla coronarografia
- Il recupero funzionale è stato parziale e questo è dimostrato dal basso indice di miocardio salvato, per cui si è deciso l'impianto di defibrillatore. Nello stesso tempo, il parziale recupero indica anche che nella fase acuta l'LGE può comprendere sia edema (danno reversibile) che fibrosi (danno irreversibile)

Questo caso esprime la potenza delle metodiche di imaging, sia per la coronaropatia che per il danno miocardico. È un esempio di quanto i fattori tossici potrebbero essere una concausa di aterosclerosi coronarica anche in giovane età e di quanto l'infarto nel giovane possa essere esteso, perché il cuore non è allenato all'ischemia cronica

Caso Clinico - Dr. Marcello De Santis | IRCCS San Raffaele, Roma

Sarcoidosi cardiaca: diagnosi complessa, imaging decisivo

Contesto Clinico

- Paziente con pregresso infarto e rivascolarizzazione
- Peggioramento della funzione ventricolare, aritmie ventricolari
- TC torace: consolidazione posterobasale e versamento pleurico refrattari alla terapia antibiotica

Approccio Diagnostico

- RM cardiaca multiparametrica: LGE triangolare, distribuzione subepicardica, interessamento biventricolare, parte destra del setto interventricolare
- Mapping T1/T2: alterazioni significative, edema e fibrosi diffusa
- Diagnosi di sarcoidosi confermata da biopsia pleurica (linfocitosi >50%)

Conclusioni

- La sarcoidosi cardiaca ha un pattern LGE tipico: multifocale, basale, subepicardico, con coinvolgimento della parte destra del setto interventricolare
- Il coinvolgimento segue il drenaggio linfatico miocardico, che si estende dall'endocardio al subepicardio
- Il "triangular sign" e l'"hook sign" sono pattern suggestivi da riconoscere
- La RM è oggi il primo esame raccomandato nelle flowchart internazionali per la diagnosi probabilistica, anche in assenza di biopsia endomiocardica positiva
- La RM cardiaca si è dimostrata decisiva nella diagnosi, offrendo un'alternativa non invasiva affidabile, in un contesto in cui la biopsia miocardica ha bassa sensibilità per la disomogeneità delle lesioni
- Follow-up utile nei pazienti con basso burden aritmico per monitorare risposta alla terapia immunosoppressiva



GE HealthCare