

Immagini in medicina cardiovascolare

Uno strano caso di tunnel del setto interventricolare in corso di sifilide terziaria

Pericle Di Napoli, Giuseppina D'Apolito, Alfonso A. Taccardi**, Marta A. Gaeta, Gianluigi Marrone**, Antonio Barsotti*, Raffaele De Caterina**, Carlo Ciglia

*Dipartimento di Riabilitazione Cardiologica, Casa di Cura Villa Pini d'Abruzzo, Chieti, *Dipartimento di Medicina Interna, Divisione di Scienze Cardiovascolari, Università degli Studi, Genova, **Dipartimento di Scienze Cliniche e di Bioimmagini, Cattedra di Cardiologia, Università degli Studi "G. d'Annunzio", Chieti*

(Ital Heart J Suppl 2002; 3 (1): 112-114)

© 2002 CEPI Srl

Ricevuto il 2 maggio 2001; nuova stesura il 20 agosto 2001; accettato il 13 settembre 2001.

Per la corrispondenza:

Dr. Pericle Di Napoli

Dipartimento di
Riabilitazione
Cardiologica
Casa di Cura
Villa Pini d'Abruzzo
Via dei Frentani, 224
66100 Chieti
E-mail: dinapoli@unich.it

Negli ultimi anni l'interessamento dell'apparato cardiovascolare in corso di sifilide rappresenta un'evenienza molto rara, virtualmente scomparsa nel mondo occidentale¹. Tuttavia, nonostante la terapia antibiotica e le misure di salute pubblica abbiano ridotto l'incidenza di tale patologia, i casi di interessamento dell'apparato cardiovascolare, seppur rari, sono sempre possibili. Comunemente, tale coinvolgimento è caratterizzato da aortite², stenosi coronariche¹ e, meno frequentemente, da miocardite³. L'interessamento miocardico, in grado di determinare le caratteristiche gomme sifilitiche, è particolarmente raro. Il quadro clinico è in genere rappresentato dalla comparsa di anomalie della conduzione intra-ventricolare o da infarto acuto del miocardio¹. Sebbene le gomme sifilitiche si possano teoricamente localizzare in ogni punto del miocardio, il sito di più frequente riscontro è localizzato a livello del setto interventricolare¹. La diagnosi di miocardite luetica gommosa diffusa o confluyente è in genere effettuata *post-mortem*.

Riportiamo un raro caso in cui la sifilide terziaria è associata alla presenza di tunnel del setto interventricolare evidenziabile mediante tecnica ecocardiografica.

Un uomo di 53 anni con riscontro anamnestico di sifilide, precedente ictus cerebri ischemico, venne ricoverato presso il nostro centro per eseguire un programma di riabilitazione neuromotoria. All'esame obiettivo il paziente presentava normale pressione arteriosa (pressione omerale sinistra 120/70 mmHg), e polsi arteriosi normoisofimici; all'auscultazione un lieve murmure sistolico era udibile all'apice; non erano presenti

segni di stasi polmonare e periferica. L'obiettività addominale era normale. L'esame obiettivo neurologico era compatibile con un quadro di lue terziaria (tabe dorsale). Gli esami sierologici effettuati deponevano per la diagnosi di sifilide: i test VDRL (venereal disease research laboratory) e TPHA (treponema pallidum haemoagglutination) erano entrambi positivi (TPHA 1:2560). Il paziente era sieronegativo per HIV, epatite B e C. All'ingresso l'ECG rivelava la presenza di blocco di branca destro incompleto (Fig. 1), assente in un precedente ECG effettuato 3 anni prima. La valutazione ecocardiografica transtoracica ha evidenziato: ventricoli di normali volumetrie e contrattilità globale e segmentale, normale morfologia degli apparati valvolari ed un'aorta (bulbo e tratto ascendente) di normali dimensioni ed ecostruttura parietale priva di anomalie significative; nessuna alterazione da segnalare a carico degli osti coronarici; caratteristicamente sono stati messi in evidenza dei difetti parziali della porzione muscolare del setto interventricolare con evidenti turbolenze di flusso alla valutazione color Doppler, in assenza di shunt o difetti interventricolari. Un precedente ecocardiogramma transtoracico effettuato 3 anni prima era risultato nei limiti della norma.

È stata poi effettuata una valutazione ecocardiografica transesofagea con sonda multiplana che ha confermato la presenza di tali tunnel intraventricolari in assenza di comunicazione con il ventricolo destro, che appariva di normali volumetrie e senza alterazioni ecostrutturali della parete libera (Fig. 2). È stata quindi effettuata terapia orale con penicillina con significativo miglioramento

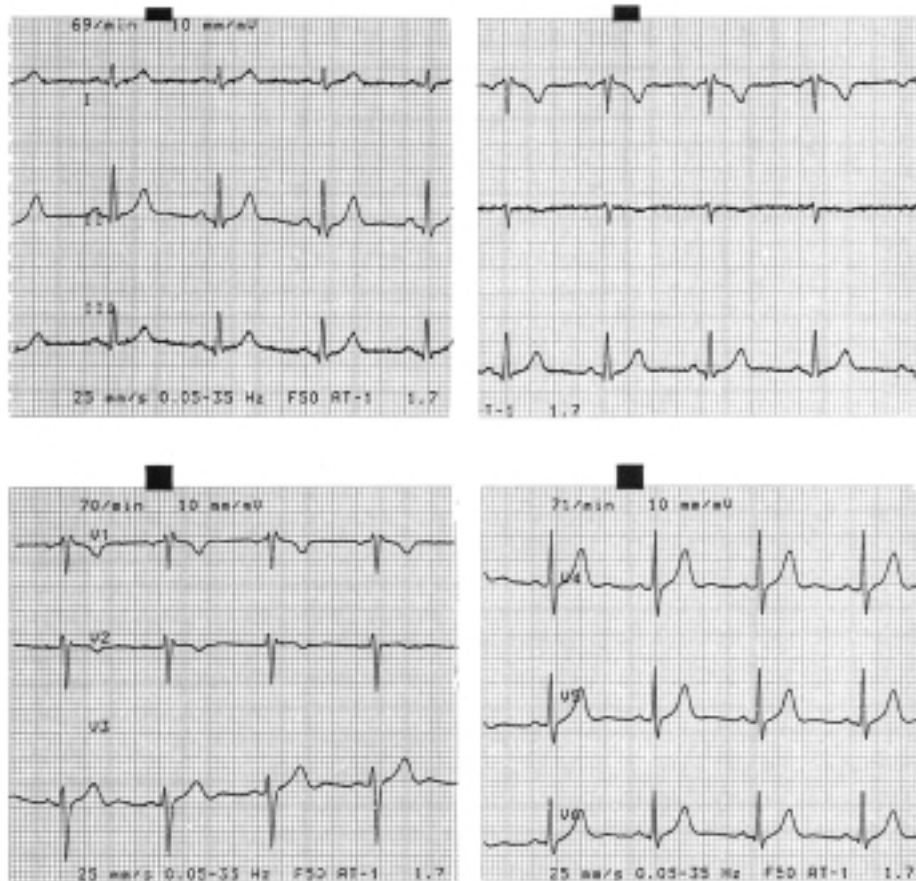


Figura 1. ECG standard a 12 derivazioni che evidenzia ritmo sinusale di frequenza 70 b/min, normale asse QRS sul piano frontale, blocco di branca destro incompleto.

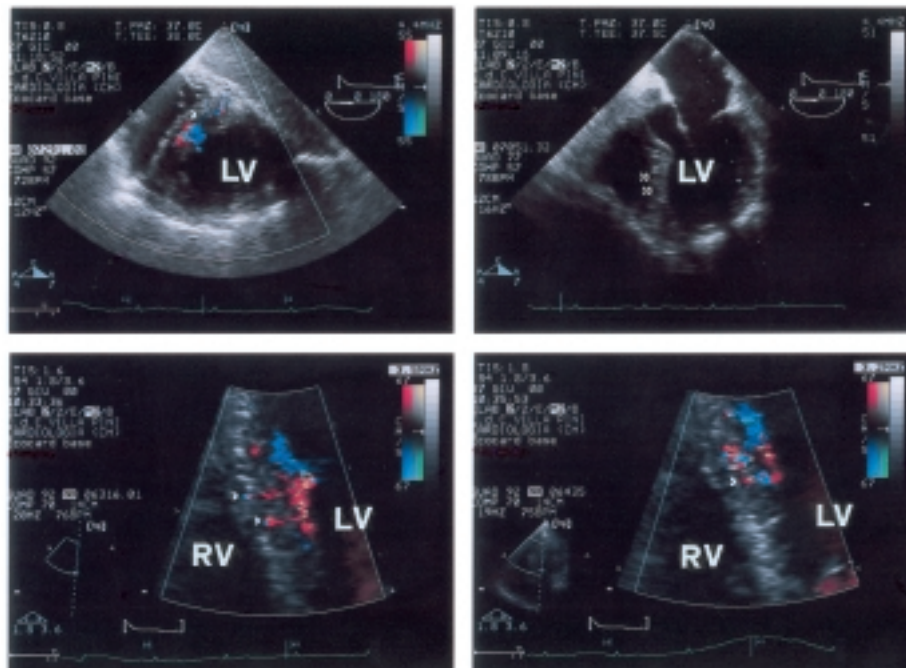


Figura 2. In alto: immagini ecocardiografiche transesofagee (a sinistra sezione trasversale transgastrica interessante la porzione media del setto inter-ventricolare; a destra sezione longitudinale in 4 camere modificata); in basso: particolari di immagini ecocardiografiche transtoraciche parasternali. Si evidenzia la presenza dei tunnel intraventricolari (freccia) a carico della porzione muscolare del setto con evidenza di flusso al color Doppler, in assenza di comunicazione con il ventricolo destro, che appare normale. LV = ventricolo sinistro; RV = ventricolo destro.

del titolo sierologico luetico. Dopo 30 giorni di terapia antibiotica è stato effettuato controllo ecocardiografico transtoracico che non ha evidenziato sostanziali modifiche rispetto al controllo precedentemente descritto.

Allo stato attuale la conferma istologica dell'infezione sifilitica e della miocardite è impossibile; il paziente, dimesso, non ha dato il consenso all'effettuazione di una biopsia intramiocardica (peraltro estremamente pericolosa per il rischio di rottura del setto interventricolare) e di una risonanza magnetica nucleare del cuore.

Dall'analisi effettuata in letteratura, questo rappresenta il primo caso di un insolito interessamento cardiaco in corso di sifilide terziaria in un paziente vivo, senza segni clinici di scompenso o malattia ischemica cardiaca, evidenziato mediante tecnica ecocardiografica transtoracica e transesofagea. La particolarità di tale caso clinico è inoltre rappresentata dall'unicità oltre che dalla singolarità dell'interessamento cardiaco. Erano infatti assenti i principali aspetti della lue cardiovascolare come la presenza di stenosi coronariche ostiali, aneurismi e dissecazioni aortiche, insufficienza aortica, fistole aortopolmonari, calcificazioni dell'aorta polmonare, ecc. L'aspetto ecocardiografico sembra orientare verso un interessamento miocardico in corso di lue terziaria piuttosto che condizioni più comuni di anomalie del setto interventricolare. Infatti, pur se tenute in debito conto nella diagnosi differenziale, tali situazioni presentano caratteristiche ecocardiografiche e cliniche, nella maggioranza dei casi, differenti: rare forme di aneurismi miocardici in formazione sono associati in

genere ad anomalie contrattili non presenti nel nostro caso; la presenza di disgenesi congenite della parete ventricolare (per esempio "ventricular noncompaction") può essere esclusa per la differente localizzazione (in genere apicale)⁴ e la sostanziale stabilità delle anomalie ecocardiografiche che si evidenziano già nel giovane (nel nostro caso un ecocardiogramma eseguito in precedenza era normale); forme atipiche di cardiomiopatia infiltrativa sembrano da escludere per l'assenza dell'ispessimento della parete ventricolare e dell'aumentata ecoriflettenza dell'endocardio.

Nonostante queste premesse, la valutazione istologica è ovviamente necessaria per confermare la nostra ipotesi di gomme luetiche confluenti realizzanti tunnel intraventricolari. Tuttavia, dal nostro caso si evince che, sebbene ormai rara, la sifilide va in ogni caso considerata tra le possibili cause di difetti del setto interventricolare in pazienti adulti.

Bibliografia

1. Jackman JD Jr, Radolf JD. Cardiovascular syphilis. *Am J Med* 1989; 87: 425-33.
2. Frank MW. Syphilitic aortitis. *Circulation* 1999; 100: 1582-3.
3. Chino M, Minami T, Nishikawa K. Ruptured ventricular aneurysm in secondary syphilis. *Lancet* 1993; 342: 935-6.
4. Maltagliati A, Pepi M. Isolated noncompaction of the myocardium: multiplane transesophageal echocardiography diagnosis in an adult. *J Am Soc Echocardiogr* 2000; 13: 1047-9.