

# Immagini in medicina cardiovascolare

## Un'insolita calcificazione cardiaca

Daniele Bertoli, Rossella Petacchi, Giansalvatore Filorizzo

Servizio di Cardiologia, Ospedale San Bartolomeo, Sarzana (SP)

(Ital Heart J Suppl 2002; 3 (3): 355-356)

© 2002 CEPI Srl

Ricevuto il 15 novembre 2001; accettato il 9 gennaio 2002.

Per la corrispondenza:

Dr. Daniele Bertoli

Via Gianturco, 46  
19126 La Spezia  
E-mail: danielebertoli@libero.it

Una donna di 66 anni veniva ricoverata presso il nostro ospedale a seguito di un incidente stradale in cui riportava trauma toracico. La paziente, in buone condizioni generali, negava di aver mai presentato problemi cardiaci né altre malattie internistiche.

L'esame obiettivo non evidenziava alcun reperto significativo. La pressione arteriosa e la frequenza cardiaca erano nella norma.

Veniva eseguito un elettrocardiogramma (Fig. 1) che mostrava evidenti segni di ipertrofia ventricolare sinistra con marcate anomalie della ripolarizzazione (T negative asimmetriche di elevato voltaggio nelle derivazioni precordiali  $V_3$ - $V_6$ ). In particolare nella derivazione  $V_4$  il voltaggio dell'onda T raggiungeva 1 mV (T negativa "gigante").

Gli accertamenti radiologici evidenziavano frattura dello sterno conseguente all'incidente stradale. Al radiogramma toracico standard la silhouette cardiaca era nei limiti della norma ma si evidenziava una sospetta immagine radiopaca a livello dell'apice cardiaco. Un successivo radiogram-

ma, effettuato con tecnica mirata ad evidenziare eventuali calcificazioni, conferme la presenza di un'opacità intensa, meglio visibile nella proiezione laterale (Fig. 2), di aspetto moriforme e del diametro di 2-3 cm, che si proiettava a livello della regione apicale cardiaca. Tale immagine era indicativa di lesione di natura calcifica.

I marker di necrosi miocardica ottenuti in modo seriato risultavano negativi. Veniva quindi eseguito un ecocardiogramma (Fig. 3) che evidenziava normali apparati valvolari ed un ventricolo sinistro di normali dimensioni cavarie e normale funzione sistolica globale e regionale. Gli spessori parietali erano normali a livello basale e medio mentre era evidente una spiccata ipertrofia della regione apicale (spessore circa 23 mm). Si notava inoltre la presenza di grossolane aree iperecogene in sede endocardica e miocardica proprio a livello della regione ipertrofica apicale. Lo studio Doppler dei flussi intracardiaci era negativo. L'esame ecocardiografico era indicativo di cardiomiopia ipertrofica apicale con presenza di calcificazioni endo-

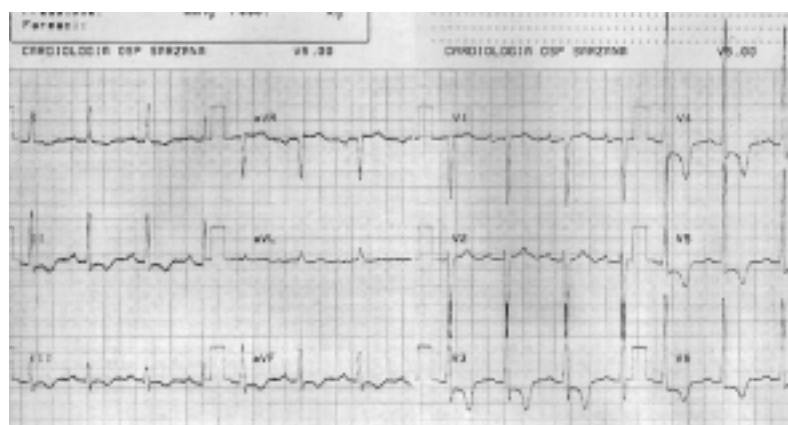
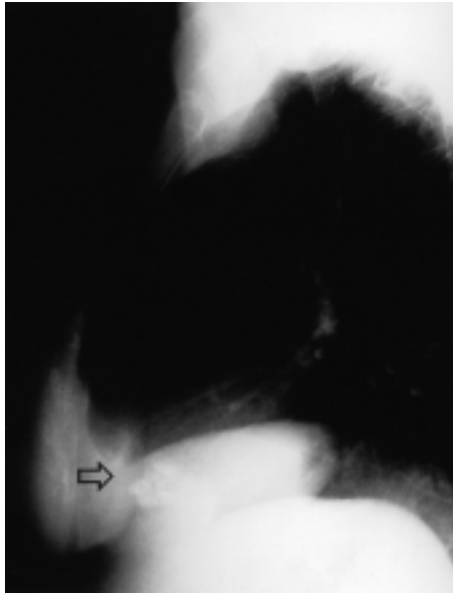


Figura 1. Elettrocardiogramma all'ingresso.

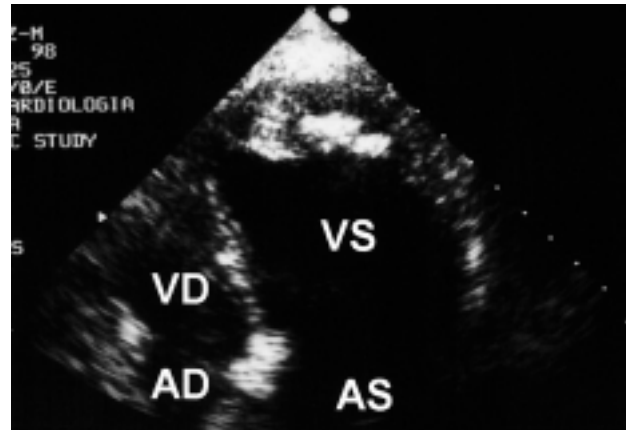


**Figura 2.** Radiogramma del torace in proiezione laterale ottenuto con tecnica radiografica mirata all'individuazione di calcificazioni. A livello dell'apice cardiaco (freccia) presenza di opacità moriforme del diametro di circa 2-3 cm.

miocardiche apicali. Tale diagnosi era in accordo con il quadro elettrocardiografico e radiologico.

Nei giorni successivi le condizioni della paziente rimanevano stabili e non si evidenziava alcuna modificazione dell'elettrocardiogramma. La dimissione avveniva in quinta giornata. Il successivo follow-up è risultato negativo.

La presenza di calcificazioni endomiocardiche nella cardiomiopatia ipertrofica apicale è un evento molto



**Figura 3.** Ecocardiogramma (proiezione apicale 4 camere ottimizzata per la visione dell'apice cardiaco). Presenza di vistose aree iperecogene disomogenee a livello della regione apicale dove lo spessore parietale è nettamente aumentato. AD = atrio destro; AS = atrio sinistro; VD = ventricolo destro; VS = ventricolo sinistro.

raro<sup>1</sup> e di incerta spiegazione. È stato ipotizzato che l'obliterazione sistolica della cavità a livello apicale che può venirsi a creare in questa patologia possa creare microtraumatismi endomiocardici con lesioni ischemiche e/o trombotiche che nel corso degli anni possono calcificare.

### Bibliografia

1. Kvaerness J, Rinck PA, Bolz KD, Bathen J, Skjaerpe T. MR imaging of apical hypertrophic cardiomyopathy with left ventricular endomyocardial calcification. *J Comput Assist Tomogr* 1991; 15: 489-91.