



VIII Convegno Nazionale
Gruppo Italiano di Patologia Forense

Perugia, 7-9 Novembre 2013



Abstracts Book

A.6.

MORTE INASPETTATA DA AORTITE DI TAKAYASU ASSOCIATA A STENOSI OSTIALE CORONARICA

AUTORI: E. Ventura Spagnolo*, G. Bartoloni**, C. Mondello[^], G. Cardia[^]

STRUTTURA *Dipartimento di Biopatologia e Biotecnologie Mediche e Forensi Università degli Studi di Palermo

**Dipartimento di Anatomia, Patologia Diagnostica, Igiene e Medicina Legale, Università degli Studi di Catania.

[^]Dipartimento di Scienze Biomediche, Morfologiche e Forensi Università degli Studi di Messina

INTRODUZIONE La diagnosi differenziale nelle vasculiti è spesso impegnativa per le frequenti similitudini morfologiche che diverse sindromi vasculitiche esprimono quando l'organo bersaglio è il cuore. I quadri anatomico-clinici sono sempre meno specifici quanto più le lesioni sono confinate esclusivamente all'albero coronarico con manifestazioni extracardiache assenti o pressoché silenti. Sulla base di dette premesse gli autori riportano, per l'interesse di una eventuale casistica, un caso di decesso improvviso di donna di anni 43, intervenuto, a distanza di 28 giorni dalla comparsa dei primi sintomi, durante l'espletamento di test ergometrico con esecuzione del warm-up.

MATERIALI E METODI

Il caso, V.B., donna di anni 43, per improvvisa insorgenza di malessere, dispnea da sforzo, dolore retrosternale, costrizione toracica ed astenia (sintomi "mai accusati precedentemente"), si recava al P.S. Ospedaliero. Ivi veniva sottoposta a ECG, ecocardio, e dosaggio di enzimi cardiospecifici. Veniva dimessa con diagnosi di ipertensione arteriosa, e prescrizione di terapia medica domiciliare. Per il persistere della medesima sintomatologia, dopo 5 giorni, veniva sottoposta ad altro ECG e veniva disposto immediato ricovero, nel corso del quale la donna veniva sottoposta ad altra visita cardiologica con ulteriore ECG. Veniva dimessa con prescrizione di scintigrafia miocardica. Dopo 8 giorni, persistendo la sintomatologia, eseguiva un ulteriore ECG, a seguito del quale veniva disposto immediato ricovero. All'ingresso in Ospedale la donna risultava asintomatica per dolore toracico e dispnea, ma tachicardica, praticava ecocardio e veniva posta indicazione ad ecostress con dobutamina e coronarografia che però la paziente rifiutava. Veniva dimessa in 3^a giornata, con indicazione di eseguire scintigrafia miocardica. Dopo 13 giorni, la donna si recava presso un Centro di Medicina Nucleare e Cardiologia, per eseguire la scintigrafia miocardica. Nel corso del test ergometrico con warm-up, improvvisamente la paziente perdeva conoscenza e cadeva al suolo, contestualmente si registrava al monitor la comparsa di fibrillazione ventricolare. Nonostante le praticate manovre rianimatorie, si constatava il decesso. La successiva sezione cadaverica ha tra l'altro posto in evidenza: cuore di grammi 287, DT 10 cm e DL 9 cm; spessore massimo setto interventricolare 1,3 cm; diffusi ispessimenti intimali di aspetto fibroso biancastro madreperlaceo sparse sulla superficie intima aortica soprasinusale produttive in particolare di riduzione del lume degli osti coronarici, più marcato a sin; circolo coronarico dominante destro; normale per origine anatomica e decorso. L'esame istologico ha dimostrato, in particolare, ostruzione e sub ostruzione non aterosclerotica dei principali vasi coronarici subepicardici, iperplasia fibrointimale concentrica, diffusa, con ricanalizzazione, edema interstiziale e ipertrofia delle miofibre con piccoli foci di necrosi coagulativa (ondulazione). Diffusa iperplasia fibrointimale dell'aorta.

CONSIDERAZIONI E CONCLUSIONI Nel caso in esame l'indagine necroscopica, effettuata in relazione alla improvvisa morte della donna, ha consentito di rilevare la sussistenza di un processo di aortite granulomatosa, e più in particolare di stenosi ostiale coronarica e severo coinvolgimento dei vasi coronarici, compatibile con il quadro patologico della malattia di Takayasu, che si è estrinsecata, sotto l'aspetto fenomenico, in un breve lasso di tempo. L'assenza di necrosi coronarica è risultata dimostrativa di una patogenesi aritmica del decesso, su base ischemica, non aterosclerotica, in donna che in precedenza, ed è proprio questo che caratterizza spiccatamente il caso in esame, non ha mai sofferto di sintomi patognomici tali da porre in relazione a patologia coronarica. La sede più rilevante della stenosi coronarica è stata riscontrata a livello dell'ostio coronarico di sinistra, per addossamento delle placche al lume dell'ostio stesso. Istologicamente, a livello delle fibrocellule miocardiche si è avuto il riscontro di patogenesi ischemica coronarica acuta e della grave aritmia terminale.