

A Catzola¹, GP Ciccarelli¹, L Pierri¹, F Nunziata¹, I Negroni¹, F Giordano¹, D Cerullo¹, M Grimaldi¹, F Brandi¹, E Cicatiello¹, M Castaldi¹, V De Lucia², M De Giorgi³, A Postiglione³, M Imbriaco³, E Bruzzese¹, A Guarino¹, A Lo Vecchio¹

¹Dipartimento di Scienze Mediche Traslazionali, Sezione di Pediatria, ²Dipartimento di Scienze Biomediche Avanzate, Sezione di Cardiologia & ³Dipartimento di Scienze Biomediche Avanzate, Sezione di Radiologia, Università degli Studi di Napoli Federico II

Background

La MIS-C è una condizione clinica rara ma potenzialmente fatale (incidenza di 5:1000000) caratterizzata da febbre, elevazione degli indici di flogosi e disfunzione multiorgano in pazienti di età inferiore a 21 anni con storia di infezione da/esposizione a SARS-CoV-2.

Il sistema cardiovascolare è frequentemente compromesso (circa 80%) e le manifestazioni cliniche comprendono un ampio spettro di entità che include miocarditi, pericarditi, valvulopatie, tachiaritmie, dilatazione delle coronarie con o senza aneurismi, ipotensione e shock. Ad oggi, esistono solo poche evidenze scientifiche in merito alla diagnosi e alla gestione del coinvolgimento cardiaco in corso di MIS-C. Descriviamo due casi di MIS-C con miocardite complicata da bradicardia severa.

Descrizione dei casi

Due adolescenti di sesso femminile precedentemente sane, entrambe di 12 anni di età, sono state ospedalizzate per febbre, astenia, disidratazione, dolore addominale e diarrea. All'ingresso FC, FR e SatO2 risultavano nella norma.

Esami di laboratorio: In entrambe le pazienti si è registrato un marcato aumento dei markers infiammatori e di danno miocardico (troponina cardiaca altamente sensibile, peptide natriuretico cerebrale BNP, NT-pro-BNP). Entrambe hanno mostrato una sierologia positiva per SARS-CoV-2, ma solo una presentava ancora una RT-PCR positiva su tampone naso-faringeo. Sono state escluse altre eziologie infettive e non infettive.

Ecocardiografia: disfunzione sistolica moderata (FE 36%) solo nella paziente 1, senza alterazioni all'ECG.

Trattamento: Metilprednisolone, IVIg, enoxaparina ed enalapril sono stati somministrati con scarso effetto.

Nonostante l'iniziale miglioramento degli esami di laboratorio, in entrambe le pazienti è stata osservata una bradicardia asintomatica (FC inferiore a 35 e 42 bpm, rispettivamente) durante il monitoraggio cardiaco continuo, poi confermata dall'ECG Holter delle 24 ore. Nel sospetto di una miocardite scarsamente responsiva agli steroidi/IVIg, è stata iniziata terapia con anakinra, con successiva rapida normalizzazione della FC e degli esami di laboratorio (Fig.1) oltre che della funzione sistolica. La risonanza magnetica cardiaca ha confermato in entrambe le pazienti la diagnosi di miocardite sub-acuta in sede sub-epicardica del ventricolo sinistro (Fig. 2).

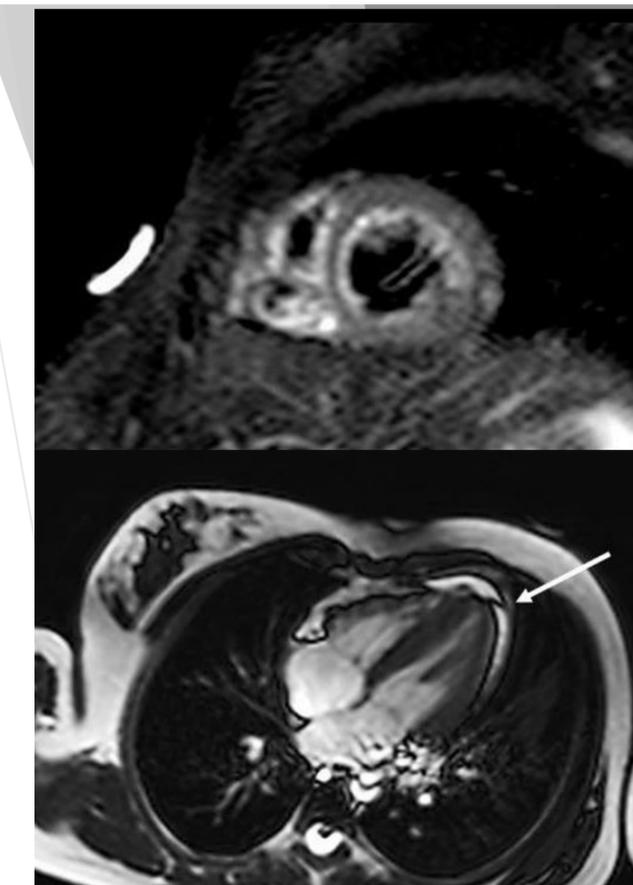
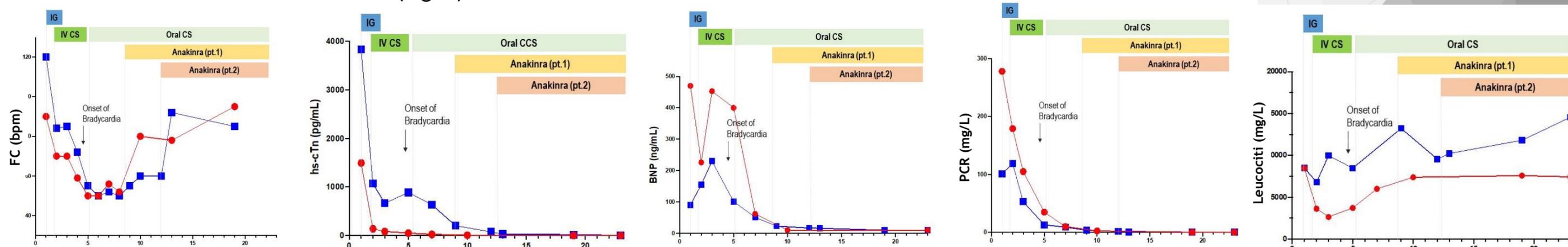


Fig.2: Iperintensità del miocardio del ventricolo sinistro alla RM-cardiaca nel paziente 1

Fig.1: Trend degli esami di laboratorio e della frequenza cardiaca in due pazienti con miocardite MIS-C correlata durante l'ospedalizzazione.



Discussione

La bradicardia sembra essere una manifestazione tardiva e spesso asintomatica del coinvolgimento cardiaco durante la MIS-C. Il monitoraggio cardiaco è raccomandato anche nei pazienti asintomatici per rilevare anomalie del ritmo cardiaco. La diagnosi precoce e il trattamento tempestivo potrebbero ridurre la progressione del danno cardiaco e favorire un rapido recupero.