

QUANDO UN DISTURBO DELL'EQUILIBRIO NASCONDE UNA COARTAZIONE AORTICA, BASTA UN DITO PER FARE DIAGNOSI: CASE REPORT

Autori: C. Aurelio¹, L. Rizzo¹, M. Cifaldi¹, C. Ratti², D. Bertonecchi², A. Della Greca², B. Tchana²

¹Scuola di Specializzazione in Pediatria, Parma

²Dipartimento materno-infantile, SSD Cardiologia Pediatrica, AOU Parma

INTRODUZIONE

La coartazione aortica è un'anomalia congenita caratterizzata dal restringimento di un segmento aortico che più comunemente coinvolge l'istmo e rappresenta circa il 5-8% di tutte le cardiopatie congenite. Solitamente viene diagnosticata precocemente ma talvolta può rimanere silente per molti anni finché l'ipertensione arteriosa non ne rappresenta la principale manifestazione clinica. Le forme di coartazione che si manifestano nei bambini e/o nei giovani adulti, a differenza dei neonati, si presentano all'esordio con quadri di ipertensione arteriosa refrattaria.

PRESENTAZIONE DEL CASO

M, 8 aa -> accesso presso PS perotalgia destra, vomito, pallore e disturbo dell'equilibrio. Flogosi delle alte vie aeree dal giorno precedente, non trauma cranico.

PV: SatO₂ 100% in aa, FC 98 bpm, **PA 130/80 mmHg**, GCS 15/15.

EON: instabilità di marcia con difficoltà al mantenimento della stazione eretta

Esami ematochimici: nella norma

TC encefalo e rocche petrose: negative per lesioni acute



• **RMN encefalo:** lesione ischemica subacuta recente in corrispondenza del territorio di vascolarizzazione dell'arteria cerebellare superiore di destra

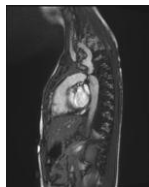
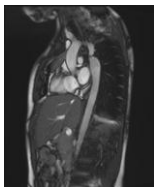


• **Screening trombofilico:** nella norma



• **Visita cardiologica:** soffio sistolico 2/VI irradiato posteriormente e polsi femorali iposfigmici. PA > 95° pct

• **Ecocolor Doppler cardiaco:** coartazione istmica dell'aorta medio-severa con gradiente massimo di circa 35-40 mmHg e run-off diastolico con normale contrattilità del VS e spessori parietali ai limiti superiori (IVSd 8.3 mm, z-score + 2.21; LVPWd 7.6 mm, z-score +1.06)



Angio-RMN: presenza di coartazione istmica dell'aorta toracica con stenosi severa (> 80%) e diametro del lume residuo pari a 4x3 mm

TERAPIA: ASA in prevenzione secondaria e Metoprololo per il trattamento dell'ipertensione arteriosa

A distanza di circa un mese dall'evento ischemico, eseguita angioplastica percutanea con posizionamento di 2 stent (2 AndraStent L 21 mm) c/o Policlinico Sant'Orsola di Bologna.

Follow up: a 5 anni dall'angioplastica percutanea persiste ipertensione arteriosa, controllata con Metoprololo. All'ultimo test da sforzo cardio-vascolare sub-massimale rilevato un normale andamento pressorio. Attualmente il paziente non presenta deficit neurologici residui.

CONCLUSIONI

Dalla revisione della letteratura si evince che l'esordio clinico di coartazione aortica con quadro di stroke ischemico rappresenta un evento insolito. Sia lo stroke ischemico che l'emorragia subaracnoidea spesso rappresentano una complicanza peri-procedurale correlata al trattamento percutaneo o chirurgico oppure una complicanza neurologica tardiva correlata all'ipertensione arteriosa. La diagnosi precoce mediante accurato esame obiettivo, soprattutto nei casi di ipertensione arteriosa riscontrata nel bambino in età scolare, permette di riconoscere quadri di CoA misconosciuti e scongiurare il rischio di complicanze potenzialmente fatali.

References

1. Noly, P.-E.; Legris-Falardeau, V.; Ibrahim, R.; El-Hamamsy, I.; Cartier, R.; Lamarche, Y.; Bouchard, D.; Dorval, J.-F.; Poirier, N.; Demers, P. Results of a Multimodal Approach for the Management of Aortic Coarctation and Its Complications in Adults. *Interact Cardiovasc Thorac Surg* 2017, 25, 335–342. doi:10.1093/icvts/ivx039.
2. Rodriguez-Padilla, J.; Carrasosa, T.; Izquierdo, L.; Escobar, J.M. Asymptomatic Thoracoabdominal Aortic Coarctation. *J Vasc Surg* 2021, 74, 1375–1376. doi:10.1016/j.jvs.2020.10.079.
3. Trenk, L.; Lammers, A.E.; Radke, R.; Baumgartner, H.; Wort, S.J.; Gatzoulis, M.A.; Diller, G.-P.; Kempny, A. Neurological Complications in Aortic Coarctation: Results of a Nationwide Analysis Based on 11,907 Patients. *Int J Cardiol* 2021, 322, 114–120. doi:10.1016/j.ijcard.2020.08.041.