

La sincope, come pure la morte improvvisa, e' un evento possibile nei pazienti con cardiopatia ischemica, in rapporto generalmente all'insorgenza di aritmie sia iper che ipocinetiche.

L'ischemia miocardica con ST sopraslivellato e' una forma variante di angina pectoris, gia' descritta da Prinzmetal nel 1959, il cui meccanismo eziopatogenetico e' una spasmo di un ramo coronarico generalmente epicardico con conseguente ischemia transmurale.

Abbiamo studiato ambulatorialmente un uomo di 60 anni, inviatoci in seguito ad un episodio sincopale, insorto a riposo, al mattino, in ortostatismo, senza prodromi. L'anamnesi era negativa per patologie internistiche di rilievo. All'esame obiettivo era presente un soffio sistolico sul focolaio aortico. L'ECG mostrava un ritmo sinusale alla frequenza di 88 bpm condotto con blocco AV di I grado, emiblocco anteriore sinistro. L'ecocardiogramma mostrava un ventricolo sinistro di normali dimensioni con spessori parietali del setto interventricolare basale lievemente aumentati, la cinesi parietale normale con una buona funzione sistolica, sclero-dilatazione della radice aortica e lieve rigurgito valvolare. Il paziente e' stato sottoposto a monitoraggio di elettrocardiografia dinamica per 48 ore, utilizzando tre derivazione precordiali (CM1, CM5, CM7); nel corso dell'esame e' stato un costante ritmo sinusale a frequenza media di 68 bpm con blocco AV di I grado, stabile. Nel corso della registrazione sono stati osservati 7 episodi di sopraslivellamento ST con andamento in crescendo-decrescendo, con acme di 3 mm, indicativi di ischemia transmurale transitoria. Tali episodi, asintomatici, della durata di circa 2 minuti ciascuno, sono comparsi prevalentemente nelle ore notturne. In due di questi episodi e soltanto in questi, all'acme del sopraslivellamento ST, e' comparso un blocco AV di II grado 2:1 transitorio. La scintigrafia miocardica da sforzo ha dimostrato un deficit di perfusione reversibile in sede inferiore. La TC multistrato ha messo in evidenza una stenosi del III prossimale della coronaria destra, che e' stata successivamente trattata con PCTA/stent con ottimo risultato angiografico.

Diverse aritmie ipocinetiche (blocco seno-atriale, arresto sinusale, blocco AV parossistico) sono state osservate in corso di angiospasmo, per riduzione critica del flusso coronarico nella parete inferiore del cuore. La sincope nell'angina variante e' un evento relativamente raro (7%), in rapporto piu' frequentemente (65%) alla comparsa di un blocco AV parossistico, per ischemia del nodo AV. Infatti, le aritmie ipercinetiche ventricolari complesse (TV), sebbene siano di maggior riscontro, piu'raramente inducono la sincope. Nella maggioranza dei casi descritti in letteratura e' stata documentata una stenosi dell'arteria coronarica destra oppure della circonflessa, che alternativamente alimentano il circolo del nodo AV; tuttavia tali arterie possono risultare angiograficamente normali, potendosi verificare lo spasmo anche su un vaso indenne da lesioni ateromatose.

Poiche' non infrequentemente gli episodi di ischemia transmurale possono essere asintomatici, l'identificazione di questi pazienti e' molto difficile e viene generalmente posta sulla base delle modificazioni elettrocardiografiche.