



**INFARTO MIOCARDICO SILENTE COMPLICATO DA BLOCCO ATRIO-VENTRICOLARE AVANZATO  
 E ROTTURA DEL SETTO INTERVENTRICOLARE**

**D. Cocco<sup>1</sup>, D. Congia<sup>1</sup>, G. Binaghi<sup>1</sup>, A. Pani<sup>1</sup>, E. Serra<sup>1</sup>, M. Melis<sup>1</sup>, G.S. Fele<sup>1</sup>, P.P. Orrù<sup>1</sup>, G. Zedde<sup>1</sup>, A. Boi<sup>2</sup>, E.M. Cirio<sup>3</sup>, P. Manca<sup>3</sup>, M.Manconi<sup>4</sup> M. Corda<sup>1</sup>, M. Porcu<sup>1</sup>**  
 1S.C. Di Cardiologia, 2S.C. di Cardiologia Interventistica, 3S.C. di Cardiocirurgia, 4S.S.D. di Cardioanestesia - Azienda Ospedaliera G. Brotzu, Cagliari

La rottura del setto interventricolare è una complicanza rara dell'infarto miocardico acuto (IMA). Una diagnosi precoce è fondamentale poiché la mortalità è elevata. La terapia consiste nella riparazione chirurgica o percutanea, ma il timing interventistico è ancora oggetto di discussione.

**CASO CLINICO**

Uomo, 79 anni

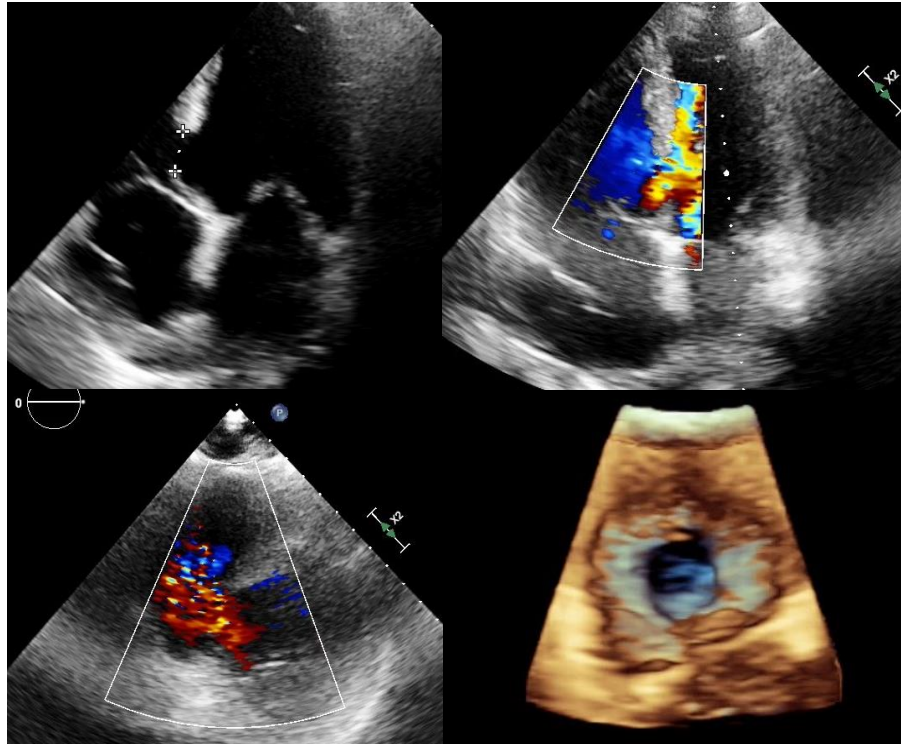
APR: ipertensione arteriosa, PM per BAV 2:1 ed avanzato, sintomatico per **sincope** (durante il ricovero si escludeva una SCA; ecocardiogramma di controllo post-impianto PM nei limiti)  
 APP: accesso in PS per dispnea a due settimane settimane dall'impianto di PM

EO: **soffio sistolico 3/6 di nuova insorgenza in mesocardio**, rantoli polmonari bibasali, lieve distensione giugulare, lieve epatomegalia ed edemi declivi perimalleolari. PA 115/80 mmHg  
 ECG: tachicardia sinusale, BAV I°grado, BBDx+EPS  
 Rx: congestione polmonare e cardiomegalia  
 PM: normofunzionante, non aritmie significative.

Tp acuta: diuretici ev +O<sub>2</sub>terapia

**Rapida instabilizzazione emodinamica > EPA**

EcoTT urgente: VSx dilatato con normale funzione sistolica (FE 60%).  
**Rottura del setto interventricolare** a livello del segmento infero-basale (14mm) in prossimità del lembo settale della tricuspide, con uno shunt sinistro>destra massivo. Movimento paradossico del SIV come per sovraccarico ventricolare destro



CRNG urgente: occlusione completa di S1  
 CATETERISMO CARDIACO: shunt sinistro-destro, ipertensione polmonare post-capillare (mPAP 43mmHg; PCWP 33mmHg)

**> IABP COME BRIDGE-TO-DECISION**

**DIAGNOSI**

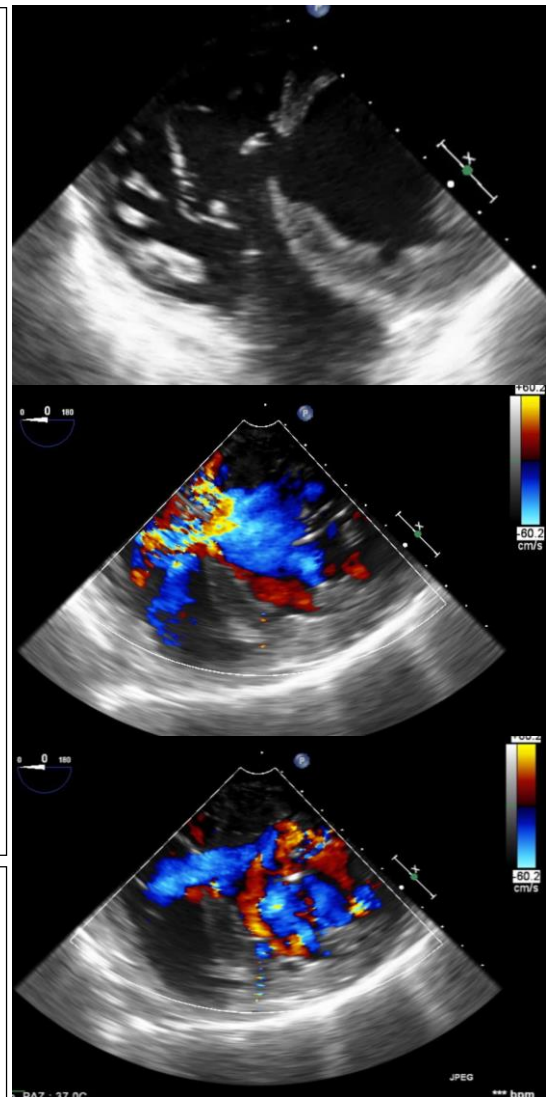
**IMA silente complicato da BAV avanzato e rottura SIV**

HEART TEAM:

approccio chirurgico ritardato

UTIC: stabilità clinica ed emodinamica con diuretici ev + IABP per 14 giorni

**CCH: riparazione chirurgica con patch di pericardio bovino**



**CONCLUSIONI**

**Un soffio di nuova insorgenza può essere l'unico reperto che orienta verso una corretta diagnosi di complicanza meccanica. Nel contesto descritto, l'imaging gioca un ruolo chiave per la diagnosi ed il planning operatorio. La gestione della rottura del SIV è ancora oggi un argomento dibattuto, poiché non vi è univocità sul tipo (riparazione chirurgica vs percutanea) e sul timing dell'intervento.**

References:  
 1. Moreyra, Abel E et al. Trends in Incidence and Mortality Rates of Ventricular Septal Rupture During Acute Myocardial Infarction. American Journal of Cardiology , Volume 106 , Issue 8 , 1095 - 1100  
 2. Arnaoutakis GJ, ZhaoY et al. Surgical repair of ventricular septal defect after myocardial infarction: outcomes from the Society of Thoracic Surgeons National Database. Ann Thoracic Surg 2012;94: 436-443; discussion 443-444.  
 3. Jones BM, Kapadia SR, Smedira NG et al. Ventricular septal rupture complicating acute myocardial infarction: a contemporary review. European Heart Journal (2014) 35, 2060-2068.  
 4. Schlotter F, de Waha S et al. Interventional post-myocardial infarction ventricular septal defect closure: a systematic review of current evidence. EuroIntervention. 2016 May 17;12(1):94-102.  
 5. Pace G, Filippone G et al. Echocardiographic Assessment of Ventricular Septal Rupture and Left Ventricular Aneurysm after Inferior and Posterior Myocardial Infarction. J Cardiovasc Echogr. 2018;28(1):61-64. doi:10.4103/jcecho.jcecho\_29\_17