

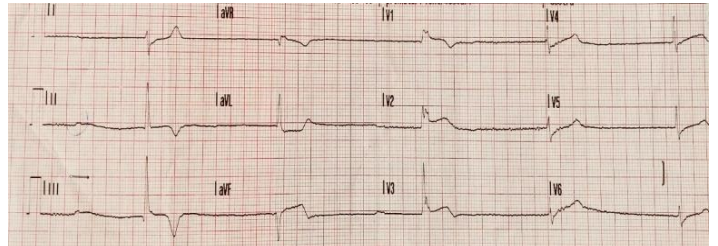
TROMBOEMBOLISMO ARTERIOSO POLIDISTRETTUALE IN UN PAZIENTE CON NEOPLASIA RENALE. UNA RARA COMPLICANZA.

Aste F¹, Binaghi G¹, Boi A², Campagnolo A¹, Congia D¹, Mameli S¹, Orrù P¹, Congia D¹, Serra E¹, Porcu M¹.

¹S.C. di Cardiologia, ²S.C. di Cardiologia Interventistica - Azienda Ospedaliera G. Brotzu, Cagliari

Introduzione. Rispetto alle trombosi del distretto venoso, le complicanze tromboemboliche arteriose coronariche e periferiche sono riportate molto raramente nei pazienti neoplastici. Descriviamo il caso di un uomo di 72 anni, affetto da ipertensione arteriosa, che aveva presentato un episodio di perdita di coscienza non testimoniato, di durata imprecisata, preceduto da dolore toracico e addominale.

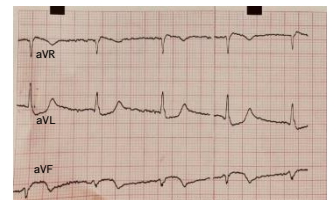
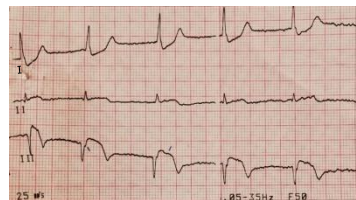
Esordio clinico. Giungeva in Pronto Soccorso ipoteso e ipotermico. L'ECG mostrava blocco atrio ventricolare completo con fc 25/min, trattato con pacing transcutaneo. L'ecocardiogramma evidenziava una normale funzione sistolica del ventricolo sinistro, ma il ventricolo destro appariva dilatato (DTD 48 mm) e ipocinetico.



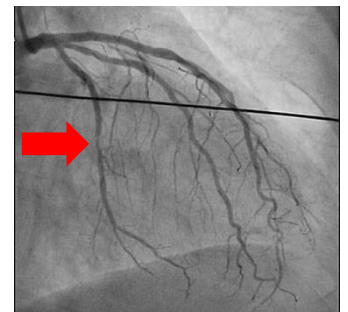
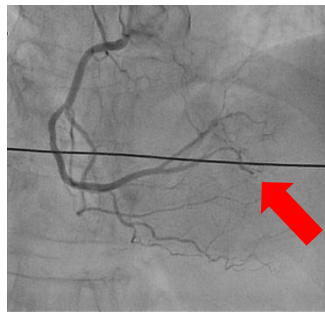
Un'angioTC torace-addome escludeva embolia polmonare o sindromi aortiche acute ma, come riscontro incidentale, si evidenziava una neoformazione renale sinistra, non nota precedentemente, e dei minus trombotici in aorta discendente toracica.



Un secondo ECG mostrava un ritmo sinusale, con normale conduzione AV e sopralivellamento del tratto ST in sede inferiore e nelle precordiali destre.



Veniva eseguita coronarografia urgente con evidenza di occlusione del ramo interventricolare posteriore, con sospetto di embolizzazione recente, e stenosi del 90% della circonflessa distale, per le quali veniva iniziata terapia medica con duplice antiaggregazione (acido acetilsalicilico e clopidogrel). L'ECG ripetuto poco dopo mostrava una sostanziale normalizzazione.



Decorso. In prima giornata il paziente presentava ischemia acuta dell'arto inferiore sinistro da embolizzazione, sottoposta a tentativo inefficace di tromboaspirazione, fibrinolisi e successivamente a impianto di stent sull'arteria femorale sinistra a livello del canale dell'Hunter. Durante la degenza si assisteva a un miglioramento della funzione ventricolare destra. Veniva successivamente eseguita rivascularizzazione percutanea dell'arteria circonflessa (lesione "non culprit"). Alla luce dell'elevato carico trombotico, si iniziava anche trattamento con enoxaparina s.c. Veniva, inoltre, programmata l'exeresi chirurgica della neoplasia renale.



Commento. Il caso descritto appare interessante per l'evidenza di eventi tromboembolici multipli del distretto arterioso, verosimilmente correlati alla patologia neoplastica renale. Particolarmente complessa è stata la decisione sulla profilassi antitrombotica, sulla quale ha pesato anche il rischio di sanguinamento correlato all'intervento di nefrectomia, programmato per i mesi successivi.