

## IL "DUBBIO" TRA ANGINA PECTORIS ED ANGINA ESOFAGEA. DESCRIZIONE DI UN CASO CLINICO.

D. Monizzi, G. F. Paluccio, °E. Ciliberto, E. Benedetto, R. Capparelli, G. Grilletta, G. Mazziotti, P. Urzino, \*R. Maio e \*F. Perticone.

Cardiologia Ambulatoriale e °Osp. Civ. A.U.S.S.L. n°5 - CROTONE

\*Dip. di Med. Sper. e Cl. - Università degli Studi di CATANZARO.

Le caratteristiche del dolore esofageo e di quello cardiaco risultano sovrapponibili per sede, durata, modalità di provocazione e di scomparsa. Purtroppo si riesce a fare diagnosi di angina esofagea solo nel 50%, i rimanenti casi rimangono, spesso, insoluti. È stata riscontrata, inoltre, una associazione significativa tra angina microvascolare e spasmo esofageo diffuso che rivaluterebbe l'angina "Linked" e/o "intricata" con ulteriore incertezza diagnostica e complicazioni di tipo "socio-economiche". Il dubbio diventa ancora più profondo quando gli psicologi sostengono che la causa del dolore toracico sta nella psiche (panic disorder).

CASO CLINICO: Al Sig. A.C. di anni 68 era stato diagnosticato, in un Ospedale di Provincia, un infarto del miocardio parcellare a localizzazione non ben definita. La documentazione della cartella clinica mostrava un movimento enzimatico senza una curva temporale ordinata degli enzimi cardiaci, un ecg con S-T lievemente sopraslivellato in V5-V6. In seguito sarebbe residuata un'angina a riposo. Prima di eseguire la coronarografia è stato sottoposto ai seguenti accertamenti: Un ecg di base all'ingresso presentava un asse elettrico orizzontale; onda T di basso voltaggio in D3; R alta in V1-V2. Durante dolore tipico l'ecg presentava un'onda T positiva appuntita in D3; T difasica in aVL (basalmente positiva). Un ecg da sforzo ed Holter seriati sono risultati non diagnostici per ischemia miocardica transitoria. L'ecocardiogramma presentava reperti nella norma. Il test eco-iperventilazione è risultato negativo per ischemia vasospastica. Il test eco-ergonovina non ha manifestato alterazioni della cinetica regionale. L'esofagogastroduodenoscopia evidenziava un'incontinenza cardiaca con segni indiretti di reflusso gastroesofageo. La coronarografia, infine, presentava un albero indenne da lesioni significative. Il pz. è stato dimesso con procinetici ed anti-H2 e non ha presentato più dolore tipico. CONCLUSIONI: 1) Il caso clinico descritto è emblematico dell'importanza socio-economica che l'iter diagnostico ha in un pz affetto da dolore toracico simil-anginoso non cardiaco. 2) La buona risposta alla terapia antireflusso dimostrata in questo caso confermerebbe l'origine esofagea del dolore toracico.