

## 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 una 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.