

Dolore toracico ed embolia polmonare

Una embolia polmonare può verificarsi indipendentemente da trombosi venosa profonda, come nel caso descritto, in cui la sintomatologia era aspecifica

Una donna di 75 anni si presenta dal suo medico di famiglia per un forte dolore alla costola destra. La paziente riferisce che il dolore è iniziato una settimana prima, dopo aver mangiato pollo fritto per cena, e che da allora si è esacerbato dopo i pasti, in posizione supina e facendo un profondo respiro inspiratorio. Riferisce che quel giorno il dolore si è irradiato anche alla spalla.

• **Anamnesi.** La paziente nega febbre, brividi, mancanza di respiro, nausea, vomito, stitichezza, diarrea o cambiamenti nel colore delle feci. Ha una storia di ipertensione in terapia con lisinopril 20 mg/die e ipercolesterolemia, in trattamento con simvastatina 10 mg/die. Usa una soluzione oftalmica di timololo per glaucoma.

• **Visita ambulatoriale.** Segni vitali stabili: 80 bpm, FR 16 respiri/min, SpO₂ 98% in aria ambiente. Alla palpazione addome libero; all'esame fisico non si rilevano anomalie. ECG nella norma. Si richiedono indagini di laboratorio.

• **Referti ematochimici.** Pannello metabolico, test della lipasi e esami di routine nella norma. D-dimero elevato: 2,66 mcg/L (intervallo normale <0,54 mcg/mL).

► Diagnosi

Sulla base dei risultati di laboratorio, in accordo con lo specialista di riferimento, si prescrive angio-TAC polmonare che evidenzia un'embolia polmonare segmentale e sottosegmentale destra.

La paziente è stata indirizzata al PS per un ulteriore monitoraggio dopo la conferma della TC.

► Terapia e decorso clinico

La donna è stata dimessa dopo essere stata ritenuta stabile e le viene prescritto apixaban 10 mg/die. 12 giorni dopo la paziente accusa un forte dolore al ginocchio: esegue una ecografia duplex venosa che non rileva TVP. Successivamente (3 mesi dopo) per dolore addominale in sede epigastrica e al fianco destro si sottopone a una TC dell'addome che rileva cistifellea normale senza calcoli visibili.

La terapia con apixaban è continuata per 3 mesi e interrotta dopo la discussione dei rischi e dei benefici della cessazione della terapia nell'impostazione di un normale D-dimero e delle linee guida dell'American College of Chest Physicians (CHEST) 2021 per l'anticoagulazione nel TEV.

► Approfondimento

L'embolia polmonare (EP) ha un tasso di mortalità significativamente elevato e può manifestarsi con segni aspecifici e mascherati. È necessario un alto indice di sospetto per posizionare l'EP nella diagnosi differenziale ed eseguire test appropriati. La paziente presentava una storia coerente con la colica biliare, ma con dolore toracico pleuritico che giustificava la considerazione di una EP. L'embolia polmonare condivide i meccanismi fisiopatologici con la trombosi venosa profonda (TVP) e insieme comprendono il tromboembolismo venoso (TEV). I fattori di rischio per TEV includono ipercoagulabilità, uso di estrogeni, malignità attiva e immobilizzazione. Il TEV non provocato si verifica in assenza di fattori di rischio

identificabili e comporta un rischio più elevato di recidiva. Circa il 50% dei pazienti con TVP ha un'embolia polmonare occulta e, in circa un terzo dei pazienti con embolie, è dimostrabile una TVP. Tuttavia, una letteratura sempre più copiosa, descrive anche embolie polmonari che possono verificarsi indipendentemente da TVP.

I sintomi comuni di EP includono tachicardia, tachipnea e dolore toracico pleuritico. Il dolore addominale è un sintomo raro descritto in alcuni casi clinici. Pertanto, è necessario un elevato sospetto clinico per la sua diagnosi. I criteri Wells sono un modello consolidato per la stratificazione del rischio dei pazienti che presentano un possibile TEV. Per i pazienti con bassa probabilità di pretest, come in questo caso, un D-dimero è un efficace work-up diagnostico, poiché un risultato negativo escluderà l'EP. Nel caso presentato se il D-dimero fosse stato negativo si sarebbero dovute considerare altre ipotesi (sindrome coronarica acuta, colica biliare, gastrite, pancreatite, dolore muscolo-scheletrico.) Per i pazienti ad alto rischio, devono essere eseguiti anticoagulazione e imaging immediati, spesso con eparina e angio-TC.

La durata del trattamento dipende dal sesso e dall'eziologia. Il trattamento fondamentale per i pazienti stabili con TEV è l'anticoagulazione terapeutica. I nuovi anticoagulanti orali, che inibiscono direttamente il fattore Xa o trombina, sono diventati sempre più popolari per la gestione del TEV.

• *Fam Pract* 2022; 70(8): 405-7.

• *Chest* 2021; S0012-3692(21)01506-3.