

## Una strana pericardite acuta

**Leonardo Trentadue**  
Medico di medicina generale  
Ferrandina (MT)

Un assistito di 64 anni sta rientrando a casa quando accusa un offuscamento della visione, vertigini e dolori toracici con irradiazione nella zona del collo. È domenica pomeriggio e i familiari chiamano il servizio 118 che provvede immediatamente al ricovero ospedaliero.

### Storia clinica

Il paziente è portatore sano di microcitemia e non ha accusato nulla di patologico fino al 2001 quando, a seguito di alcuni episodi di rettorragia, gli ho prescritto una colonscopia. Il referto evidenziò una proctite iperemica con emorroidi.

Nel 2006 un'esofagogastroduodenoscopia porta alla luce una gastropatia iperemica e incontinenza cardiaca con positività del test per *Helicobacter pylori*; segue la triplice terapia con due antibiotici e un inibitore di pompa e conseguente eradicazione del batterio.

### Ricovero ospedaliero

■ **Esami ematochimici:** AST 35, ALT 27, gammaGT 45, piastrine 55.000, HBsAg positivo, HCV negativo.

■ **Rx torace:** piccola immagine calcifica in corrispondenza dell'estremo anteriore della prima costa di destra; calcifico il bulbo aortico; il resto nella norma.

■ **Ecografia addome superiore:** epatomegalia compatibile con epatosteatosi di grado medio-alto; modesta splenomegalia.

■ **TAC torace:** non lesioni espansive o infiltrative; la calcificazione segnalata alla radiografia del torace è di pertinenza dell'articolazione condrosternale della prima costa e pertanto priva di significato patologico. Viene formulata la diagnosi di epatosteatosi di verosimile natura esotossica (HBsAg positività; in corso esame dei marcatori completi) e il paziente viene trasferito in un altro reparto a causa della persistenza della sintomatologia toracica.

Dopo qualche giorno viene ripetuta l'ecografia dell'addome superiore che

conferma l'epatomegalia steatosica e la splenomegalia, ma evidenzia anche un versamento pericardico.

Vengono effettuate altre indagini.

■ **Ecocardiografia mono 2D e color-Doppler:** ventricolo sinistro non dilatato, con buona funzione sistolica globale e segmentaria; atrio sinistro e sezioni destre nei limiti; presenza di versamento pericardico ubiquitario particolarmente rappresentato in sede posteriore, dove il distacco è di circa 1 cm; all'interno dello spazio intrapericardico si osserva materiale disomogeneo lievemente iperecogeno; lo spessore dei foglietti pericardici è aumentato; apparati valvolari non stenotici, continenti.

■ **Esami ematochimici:** AST 28, ALT 29, gammaGT 28, bilirubina totale 1.9, bilirubina diretta 0.3, VES 32, PCR 4.1, piastrine 51.000, mioglobina 56, troponina 0.008, emoglobina glicosilata 5.5, HBsAg positivo, anti-HBe positivo.

■ **ECG:** ritmo sinusale, FC 80/min.

■ **Rx torace:** non versamento pleurico; non lesioni parenchimali infiltrative in fase attiva. Lieve rinforzo del disegno bronco-vasale in perilare inferiore sinistra; ombra cardiaca nei limiti; calcifico il bulbo aortico. La diagnosi finale è di pericardite acuta essudativa in epatite cronica, evoluta da HBV anti-HBe positiva in classe A6 secondo CPS (Child-Pugh Score) a citolisi spenta.

Il paziente viene dimesso con terapia a base di ketoprofene 50 mg 2/die e copertura gastrica con omeprazolo.

### Commento

La classificazione secondo Child-Pugh prende in considerazione i pazienti cirrotici dividendoli in tre categorie (A, B e C) corrispondenti ai 3 gradi:

lieve, moderata e grave in relazione ai rispettivi punteggi (5-6, 7-9 e 10-15). La classificazione si basa su cinque parametri: albuminemia, attività protrombinica, bilirubinemia, presenza o meno di encefalopatia epatica e presenza o meno di ascite. La terminologia "a citolisi spenta" indica la coesistenza di transaminasi nella norma.

La sintomatologia della pericardite acuta si manifesta con dolore toracico che si può irradiare al collo o alle spalle, accentuato dalla tosse, dal respiro e dai movimenti del torace.

Se il paziente si pone in posizione seduta, il dolore si attenua, a differenza del dolore ischemico che non si modifica con i movimenti del torace. Caratteristici sono gli sfregamenti pericardici che possono essere anche evanescenti ed essere mascherati in presenza di versamento. Non avendo potuto visitare il paziente per le circostanze esposte, posso esprimere solo alcune riflessioni, prima fra tutte l'interrogativo relativo al fatto che nel primo reparto non è stata diagnosticata la pericardite, in base ai sintomi accusati dal paziente al momento del ricovero. D'altronde la TAC toracica non aveva rilevato nulla di patologico, tranne la piccola calcificazione condrosternale e sorprendentemente l'ecografia dell'addome e l'ecocardiogramma effettuati dopo pochi giorni hanno messo in risalto la pericardite con presenza di versamento. Può la pericardite essere insorta dopo che il paziente aveva effettuato la TAC? Oppure l'indagine non l'ha rilevata? L'interrogativo non ha purtroppo avuto una precisa risposta.

Per quanto riguarda l'eziologia, non essendo stato possibile rilevare la causa, la pericardite può essere classificata come criptogenetica.

# Un caso raro di sindrome di Mondor

**Marco Castagna**

Medico di medicina generale  
Viadana (MN)

Un assistito di 35 anni viene in ambulatorio per la comparsa, da circa tre settimane, di dolore alla parete toracica sinistra (3-7° spazio intercostale sinistro), che si esacerba con gli atti inspiratori e che non risponde ai Fans, che il paziente ha assunto autonomamente.

■ **Esame obiettivo:** si evidenzia una minima formazione cordoniforme lungo l'ascellare anteriore, visibile solo a uno sguardo tangenziale e palpabile esclusivamente dopo la completa abduzione dell'arto superiore sinistro. La digitopressione delle coste e degli spazi intercostali acuisce di molto l'algia, ma l'esame obiettivo cardiopolmonare risulta negativo. Per tutto il decorso della patologia il paziente è rimasto apirettico. Nel sospetto di patologia vascolare (sindrome di Mondor?) prescriviamo un'ecografia.

fausta, richiedendo generalmente solo un trattamento sintomatico. È necessario il ricorso alla chirurgia nei rari casi in cui è associata a una patologia neoplastica e in caso di severo dolore locale o retrazione cutanea.

Di primo acchito, l'emitioracoalgia sinistra lamentata dal paziente mi ha fatto ipotizzare diverse patologie, per altro di non così infrequente riscontro nell'ambulatorio del medico di famiglia (pleurite, frattura costale, herpes zoster), ma non la rara sindrome di Mondor, di cui sospettai fortemente

solo dopo l'esame obiettivo. Inoltre va segnalato che il quadro flebitico si è presentato eccezionalmente in un uomo, mentre la sindrome risulta più frequente nella donna. Questo caso ci insegna che un'attenta ispezione del torace e dell'addome in tutti i casi di sintomatologia algica toraco-addominale dovrebbe sempre essere tenuta in grande considerazione, poiché assieme alla palpazione, alla percussione e alla auscultazione indirizza l'ipotesi diagnostica, ma spesso consente anche di porre la diagnosi corretta.

## Diagnosi e terapia

Dal referto emerge la diagnosi di una tromboflebite superficiale: sindrome di Mondor. Il chirurgo vascolare prescrive eparina a basso peso molecolare e un congruo periodo di riposo funzionale, nonché esami di laboratorio che comprendono anche il profilo emocoagulativo, per indagare sulle eventuali cause scatenanti (i valori risultano nella norma). Al termine dell'iter diagnostico e terapeutico si è potuto concludere, con sicura ragionevolezza, sulla natura primitiva della tromboflebite, in quanto non si sono trovati fattori scatenanti.

## Commento

La sindrome di Mondor è una rara tromboflebite di una vena sottocutanea toracica laterale o toraco-epigastrica, che a volte si estende dall'ascella all'epigastrio. Le cause possono essere diverse (fattori traumatici locali, procedure chirurgiche, herpes zoster, ecc.) e può associarsi a carcinoma della mammella, mentre i fattori predisponenti possono essere le turbe della coagulazione. La prognosi è