

## MeB - Pagine Elettroniche

Volume XXII

Luglio 2019

numero 7

### CARDIOLOGIA

#### TROPONINA: NON SEMPRE PICCOLI PROBLEMI DI CUORE

Francesca Caldarale\*, Maria Luisa Casciana, Claudio Giacomozzi,  
Manuela Putzu, Silvia Sordelli, Claudia Salemi, Silvia Fasoli

*UOC Pediatria, Ospedale "Carlo Poma", ASST Mantova  
\*Scuola di Specializzazione in Pediatria, Università di Brescia*

**Indirizzo per corrispondenza:** francesca.caldarale@gmail.com

S. è una ragazza di 14 anni giunta alla nostra attenzione per un episodio caratterizzato da sudorazione, vertigini, nausea, acufeni e offuscamento del visus, non associato a perdita di coscienza, dolore toracico o cardiopalmo, e risoltosi rapidamente in posizione anti-Trendelenburg. Dall'anamnesi personale non si evidenziano problematiche di rilievo: pratica sport senza accusare disturbi; l'ECG annuale per certificazione medico-sportiva e una recente ecocardiografia risultano nella norma. Tuttavia, dall'albero genealogico emerge familiarità per morte cardiaca improvvisa in età giovanile. In PS la ragazza si presenta in buone condizioni generali, apiretica, asintomatica e con parametri vitali nella norma; effettua ECG, privo di alterazioni compatibili con cardiopatia, ma, alla luce della storia familiare, esegue dosaggio urgente degli enzimi di miocardiolisi, con riscontro di aumento isolato della troponina I cardiaca (121 ng/l). Trattenuta in Osservazione, si conferma il dato a distanza di 6 h e si ricovera nel sospetto di miocardite acuta, iniziando terapia antinfiammatoria con naprossene. Gli accertamenti cardiologici (ECG, Holter-ECG ed ecocardiografia) e la ricerca sierologica dei principali agenti microbici risultano tuttavia negativi. Dimettiamo S. dopo 7 giorni con troponina in progressivo calo e con indicazione a proseguire terapia. Al controllo dopo 72 ore, un inaspettato e significativo rialzo isolato della troponina I (463 ng/l) impone nuovo ricovero. La RM cardiaca urgente e l'ECG da sforzo escludono definitivamente miocardite e lesioni ischemiche. La persistenza di ipertroponinemia isolata, in una paziente peraltro completamente asintomatica, ci induce ad approfondire tutte

le cause non cardiache di rialzo di tale enzima: funzionalità epato-renale e tiroidea nella norma, profilo immunoreumatologico non suggestivo di malattie autoimmuni, enzimi muscolari negativi; persino, la titolazione del campione nega alterazioni di tipo analitico (macroenzimi, anticorpi eterofili). All'ultimo controllo, dopo circa un mese, S. presenta un valore di troponina pari a 34,9 ng/l, in completo benessere.

Questo caso evidenzia come il dosaggio della troponina vada richiesto solo nel sospetto di patologia cardiaca e vada interpretato insieme ad altri parametri indicativi di cardiopatia (ECG, rialzo degli altri enzimi di miocardiolisi); e dimostra come un aumento isolato della troponina, in paziente asintomatico, non sia indicativo di un disturbo cardiologico e spesso possa innescare algoritmi diagnostici lunghi e complessi che in alcuni casi descritti in letteratura hanno condotto persino a esecuzione (e ripetizione) di coronarografia!

#### Bibliografia di riferimento

- Benelli E, Starc M, Berton E, et al. Miocardite: la grande simulatrice. *Medico e Bambino* 2013;32(7):429-4
- Brignole M, Moya A, de Lange FJ, et al. 2018 ESC Guidelines for the diagnosis and management of syncope. *European Heart Journal* 2018;39(21):1883-948.
- Zaidi A, Cowell R. False positive cardiac troponin elevation due to heterophile antibodies: more common than we recognise? *BMJ Case Rep* 2010;2010:bcr1120092477.