

I POSTER DEGLI SPECIALIZZANDI

**QUANDO LA TACHIARITMIA INGANNA: MIOCARDITE ACUTA
MASCHERATA DA TACHICARDIOMIOPATIA**

Ilaria Nittolo¹, Corrado Di Mambro²

¹Scuola di Specializzazione in Pediatria, Università di Tor Vergata, Roma

²UO Cardiologia e Aritmologia, Clinica delle Cardiopatie Congenite, Ospedale Pediatrico "Bambino Gesù", Roma

Indirizzo per corrispondenza: ilaria.nittolo@opbg.net

INTRODUZIONE

Quando ci troviamo di fronte a una ridotta funzione ventricolare associata a tachiaritmia, la prima cosa che ci viene in mente è che si tratti di una tachicardiomiopatia, ossia una condizione in cui la disfunzione ventricolare è secondaria all'aritmia. Il nostro caso clinico dimostra che la pratica clinica in medicina non è sempre così lineare.

CASO CLINICO

Bambino di 5 anni e 10 mesi trasferita dal PS di un altro nosocomio dove era stata condotta per riferite palpitazioni dalla mattina stessa; qui il primo riscontro di sospetta tachicardia parossistica sopraventricolare con FC 240 bpm e QRS stretto. Veniva quindi assistita con manovra di Valsava, cardioversione farmacologica (tre dosi di adenosina, al dosaggio 0,1 mg/kg per i primi due *push* poi 0,2 mg/kg per il terzo) senza beneficio. Successivamente infusa

flecainide in bolo, 2 mg/kg in 1 h, con iniziale beneficio ma successiva ripresa della tachicardia.

Avviava quindi infusione di amiodarone 10 mg/kg/die e adenosina in bolo 0,3 mg/kg con comparsa di flutter atriale. Allo stesso tempo eseguiva ecocardiogramma con riscontro di frazione di eiezione (FE) 32%. Venivano pertanto eseguiti tre tentativi di cardioversione elettrica, senza successo. A seguito veniva eseguito bolo di amiodarone 5 mg/kg e infusione di levosimendan 0,15 µg/kg/min seguiti da amiodarone 10 mg/kg/die con progressiva riduzione della frequenza cardiaca (FC 135 bpm). Eseguiva nuovo ecocardiogramma con riscontro di FE 20-25% e Rx torace con documentata cardiomegalia.

Veniva quindi trasferito presso la Terapia Intensiva cardiologica del nostro ospedale dove al tracciato ECG si documentava una **tachicardia atriale ectopica** (TAE), verosimilmente sinistra, con risposta ventricolare variabile a FC media 115-120/min (Figura).

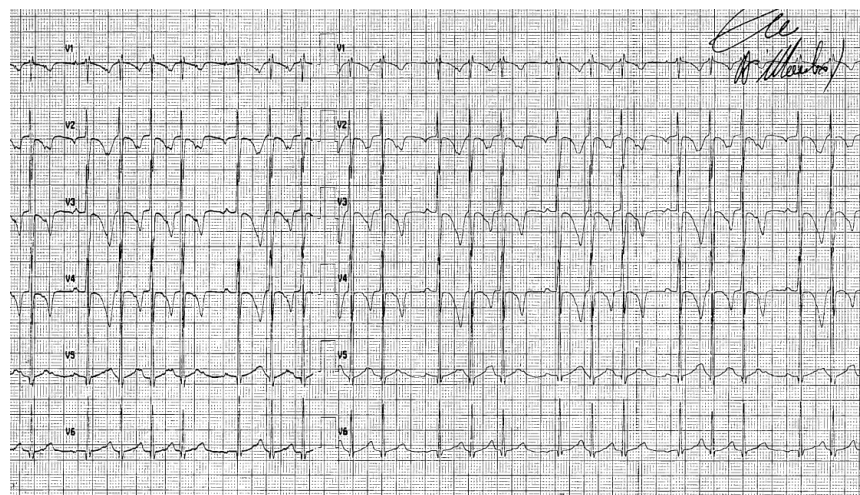


Figura. TAE a conduzione ventricolare variabile, ritardo focale destro.

Ripeteva ecocardiogramma e Rx torace che confermano rispettivamente cardiomiopatia dilatativa con disfunzione ventricolare (FE V_{sx} <30 %) e cardiomegalia. Implementava terapia farmacologica per il quadro di insufficienza cardiaca e proseguiva terapia antiaritmica con amiodarone in infusione continua, successivamente passato per os.

Per persistenza della TAE e della disfunzione ventricolare sx (FE 42%), avviava inizialmente ivabradina a 0,1 mg/kg/die, poi aumentata a 0,2 mg/kg/die e successivamente carvedilolo 2 mg per 2 volte die con progressivo miglioramento della tachicardia pur persistendo un ritmo atriale ectopico alternato a ritmo sinusale.

A stabilità clinica veniva trasferita presso il reparto di Cardiologia per approfondimenti diagnostici.

Data la persistente disfunzione ventricolare risultava necessario fare diagnosi differenziale tra cardiomiopatia secondaria ad aritmia o aritmia secondaria a cardiomiopatia. Gli approfondimenti diagnostici che sono stati eseguiti comprendevano:

- esami ematici con profilo troponine, BNP e pro-BNP, inizialmente con valori moderatamente elevati poi progressivamente ridotti;
- indagini microbiologiche con sierologie e PCR virali, con riscontro di bassa positività per parvovirus con sieroconversione;
- RM cardiaca con dubbie aree di alterata caratterizzazione tissutale miocardica che seppur non sicuramente indicative di patologia flogistica acuta, non ne consentivano un'esclusione con certezza.

Dopo 2 settimane veniva sottoposta a cateterismo cardiaco più biopsia endomiocardica che documentava un

quadro di miocardite. Per tale motivo dopo 16 giorni, eseguiva infusione di IVIg.

Durante la degenza si è assistito a una progressiva ripresa della funzione sistolica ventricolare sinistra (ultimo ecocardiogramma pre-dimissione con evidenza di FE 48%).

La paziente ha eseguito successivi controlli ambulatoriali che documentavano una normalizzazione della funzione ventricolare all'ecocardiogramma.

CONCLUSIONI

Questo rappresenta un caso di esordio di miocardite con tachiaritmia, dove la persistenza di disfunzione ventricolare alla risoluzione della tachiaritmia rendeva necessario un approfondimento diagnostico volto a escludere o individuare altre cause di cardiomiopatia dilatativa.

BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO

- Abozaid W, Wong S, Deyell MW, Sanatani S, Vijayashankar SS. Tachycardia-Induced Cardiomyopathy: A Case Series and a Literature Review. *CJC Pediatr Congenit Heart Dis* 2024;3(6):272-84. DOI: 10.1016/j.cjpcp.2024.10.007.
- Khasnis A, Jongnarangsin K, Abela G, Veerareddy S, Reddy V, Thakur R. Tachycardia-induced cardiomyopathy: a review of literature. *Pacing Clin Electrophysiol* 2005;28(7):710-21. DOI: 10.1111/j.1540-8159.2005.00143.x.
- Schulz-Menger J, Collini V, Gröschel J, et al; ESC Scientific Document Group. 2025 ESC Guidelines for the management of myocarditis and pericarditis. *Eur Heart J* 2025;46(40):3952-4041. DOI: 10.1093/eurheartj/ehaf192.