

Una strana “malattia senza polso”

An unusual “pulseless disease”

Carlo Di Donato¹ *, Paolo D’Andrea², Mara Bozzoli¹,
Stefano Loi², Vincenzo Pulitanò¹, Francesco Monetti²

¹ UOC Medicina Interna (Direttore: Dr Carlo Di Donato), Ospedale di Vignola (MO)

² Servizio di Radiodiagnostica (Direttore: Dr Paolo D’Andrea), Ospedale di Vignola (MO)

KEY WORDS

Artery embolization
Atrial fibrillation
Upper extremities

Summary Simultaneous loss of upper extremity pulses, excluding shock, is present in clinical pictures like aortic dissection (type 1 sec. De Backey), but remarkably in Takayasu’s arteritis, named “pulseless disease”. We describe a case of loss of upper extremities pulses secondary to bilateral simultaneous artery embolization during atrial fibrillation.

S.L., di 86 anni, viene ricoverata nel nostro reparto per lipotimia. Dall’anamnesi emergono una diagnosi remota di artrite reumatoide, una severa osteoporosi con crolli vertebrali e, soprattutto, una fibrillazione atriale cronica inveterata, associata a ripetuti eventi ischemici cerebrali con residua, sfumata emiparesi sinistra e deficit cognitivo lieve, per cui da anni assume terapia anticoagulante orale (TAO). All’ingresso è presente una modesta retropulsione, oltre a un modesto deficit stenico in esito all’emisoma sinistro. Il valore di INR all’ingresso è di 2,02. In attesa dell’esecuzione della TAC cerebrale viene sospesa per 2 giorni la TAO, poi ripresa alla luce del quadro TAC di encefalopatia multifartuale.

In ottava giornata la paziente presenta lieve sudorazione e malessere generale. L’esame obiettivo è sostanzialmente invariato, ma la pressione arteriosa non è rilevabile; peraltro la paziente non presenta segni di ipoperfusione periferica e, soprattutto, i polsi femorali e carotidei sono ottimi, rendendo pertanto improbabile sia l’ipotesi diagnostica di uno shock, sia quella di una dissezione dell’aorta toracica. Un’ecocardiografia mostra ipertrofia del ventricolo sinistro con buona funzione sistolica, una marcata atriomegalia bilaterale in assenza di trombi evidenziabili e una sclerodegenerazione mitroaortica in assenza di alterazioni significative di flusso. L’INR risulta pari a 1,68.

Un’angioTC dell’aorta toracica e addominale, eseguita in urgenza, evidenzia immagini ipodense intraluminali, non adese alla parete vascolare, che si estendono a destra dall’origine dell’arteria succlavia fino a tutta l’ascellare e l’omeroale (**Fig. 1**), e a sinistra dall’arteria ascellare (**Fig. 2**) fino alla porzione esplorabile dell’omeroale, compatibili con emboli. La paziente viene inviata in Chirurgia Vascolare, ove viene sottoposta a tromboembolectomia omeroale bilaterale mediante catetere di Fogarty, con completa *restitutio ad integrum*.

A nostra conoscenza questo è il secondo caso di embolia omeroale bilaterale simultanea descritto in letteratura, e il primo in corso di fibrillazione atriale cronica [1].

Bibliografia

- [1] Dahlberg S, Burke M, Gore JM. Bilateral brachial artery emboli presenting as aortic dissection. Arch Intern Med 1989; 149(6):1419-20.

* Corrispondenza:

Carlo Di Donato, UOC Medicina Interna,
via Papa SS. Giovanni Paolo II, 41058 Vignola (MO),
e-mail: c.didonato@ausl.mo.it



Figura 1 AngioTC spirale ricostruzione: arteria succlavia destra (freccia grande), trombo endoluminale (freccia piccola)



Figura 2 AngioTC spirale ricostruzione: arteria ascellare sinistra (freccia grande), trombo endoluminale (freccia piccola)