

...mi sento mordere lo stomaco...

Una signora di 72 anni con ipertensione e diabete di tipo 2 viene in ambulatorio per i periodici controlli, comunque indicativi di buon controllo della malattia diabetica (HbA1c 6,8%). Assume metformina, aspirina e lisinopril. Nega assunzione di alcol. Ma, al momento di questa visita, la donna è particolarmente provata perché da una settimana lamenta una sensazione di fastidio alla bocca dello stomaco che descrive come se si sentisse mordere. Tale disturbo si presenta una o due volte nella giornata e dura fra 5 e 10 minuti ma negli ultimi due-tre giorni è più frequente e dura anche mezz'ora. L'ultimo episodio si è verificato mentre percorreva il lungo corridoio che porta all'ambulatorio e si è accompagnato a nausea, astenia e sudorazione fredda. All'esame clinico non si rileva alcunché di significativo, la PA è 154/89 mmHg, la frequenza cardiaca, con toni normali, è di 98 bpm, la glicemia capillare 135 mg/dl. Il giorno prima, a causa dei sintomi lamentati, il suo Medico Curante aveva chiesto e ottenuto una TC torace-addome con mdc risultata normale e aveva ottenuto la determinazione dell'iso-amilasi pancreatica, risultata nella norma. All'esame clinico non si apprezza nulla all'addome e la signora ribadisce che il fastidio all'addome si è accentuato mentre si stendeva e non accenna a finire.

Quale dei seguenti esami è il più appropriato per capire di che soffre la donna?

1. *MRI colangiopancreatografica*
2. *Determinazione del D-Dimero*
3. *Esofago-gastro-duodenoscopia*
4. *Elettrocardiogramma (ECG)*

La risposta esatta è la n4

Elettrocardiogramma

Perché?

Le persone con diabete (come molte donne e persone anziane) possono avere un infarto del miocardio senza il dolore retro-mediosternale tipico della cardiopatia ischemica acuta. L'endocrinologo, al pari di qualunque altro medico generalista o specialista, deve essere attento, in casi come questo, alla presenza di sintomi come la sudorazione, l'astenia ingiustificata, la nausea (con o senza vomito), "discomfort" all'addome superiore, specie se insorgenti dopo anche lieve esercizio fisico. In questo caso la prima cosa da escludere è un infarto del miocardio. Se, come probabile, i sintomi dipendono da un'angina instabile, l'ECG può dimostrare anomalie durante la crisi, come nel caso descritto.

Considerando che la coronaropatia è condizione a rischio di vita, la prima cosa da fare è valutare la presentazione non classica della cardiopatia ischemica acuta (infarto miocardico)

La risposta n. 1 non è corretta nonostante i sintomi potrebbero dipendere da coledoliti, ma una semplice ecografia dell'addome superiore è sufficiente a fugare o confermare il sospetto.

La determinazione del D-Dimero serve a escludere l'embolia polmonare, ma i sintomi della paziente non possono dipendere da tale patologia (risposta n. 2, non corretta). Nonostante i sintomi lamentati possano essere ricondotti a malattia peptica (esofagite da reflusso, ulcera), la loro valutazione strumentale (risposta n. 3, non corretta) deve essere posposta all'esclusione della cardiopatia ischemica.

Bibliografia di riferimento

1. Gulati M et al. 2021 AHA/ACC/AASE/CHEST/SAEM/SCCT/SCMR guideline for the evaluation and diagnosis of chest pain: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. Circulation 2021 Nov 30; 144: e368
2. Mosca L et al. Evidence-based guidelines for cardiovascular disease prevention in women: 2007 update. Circulation 2007 Mar 20; 115:1481. [View Abstract](#)
3. Lichtman JH et al. Sex differences in the presentation and perception of symptoms among young patients with myocardial infarction: evidence from the VIRGO study (Variation in Recovery: Role of Gender on Outcomes of Young AMI Patients). Circulation 2018; 137:781.
4. <https://knowledgeplus.nejm.org/question-of-week/104/>

Autore

Trimarchi Università di Messina francesco.trimarchi@unime.it