



36 anni, ♂

*-Non copatologie*

**-Anamnesi cardiologica:**

FRCV: ipertensione arteriosa, fumo, lieve dislipidemia  
in passato uso occasionale di stupefacenti (cocaina, cannabis)

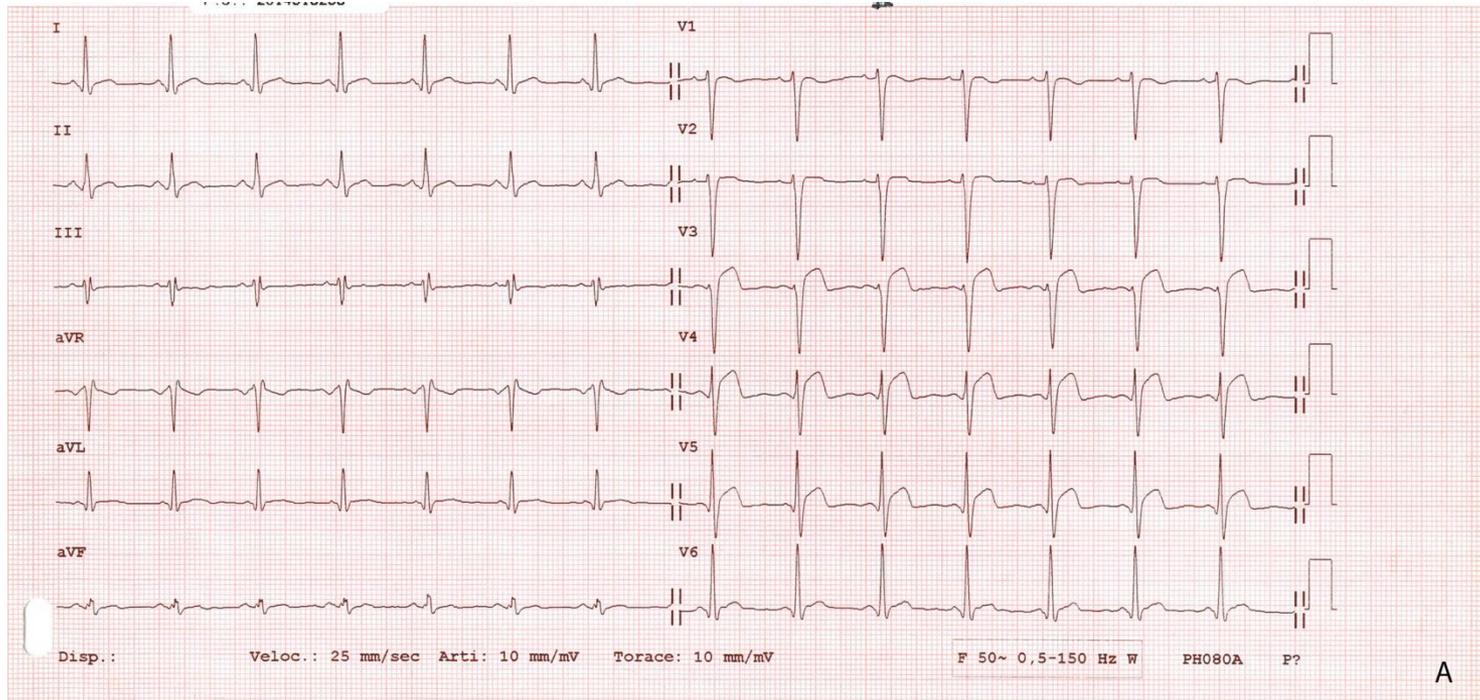
**-28/02/2014 episodio di oppressione precordiale della durata di circa 90 minuti  
mentre è in vacanza, trattato con antidolorifici**

*-Dolori toracici intermittenti nei giorni successivi*





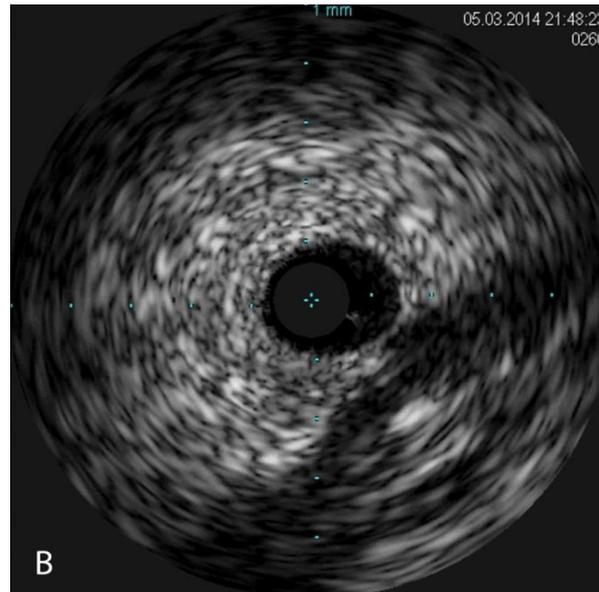
Al rientro in Italia, durante valutazione cardiologica, riscontro ECG di sopraslivellamento del tratto ST in sede antero-laterale per cui veniva inviato in Pronto Soccorso.



All' ecocardiogramma funzione ventricolare sinistra conservata con acinesia circoscritta del segmento apicale, mentre gli esami di laboratorio mostravano degli elevati valori di troponina T (alta sensibilità) con valore massimo 558 ng/L. Nella norma invece i valori di CK-MB ed i restanti reperti.



Eseguita coronarografia urgente: coronaropatia monovasale con irregolarità dell'IVA al tratto medio e occlusione al tratto apicale, Flusso TIMI 0.  
L'immagine angiografica appariva compatibile con embolizzazione coronarica o embolizzazione distale. Dopo aver escluso una eventuale dissezione coronarica utilizzando l'ecografia intracoronarica, si procedeva con trombo aspirazioni multiple dell' IVA apicale e successiva PTCA senza impianto di stent.



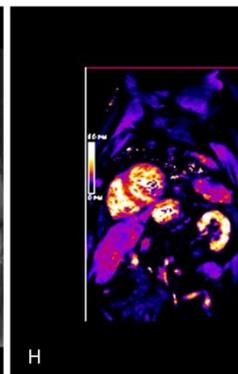
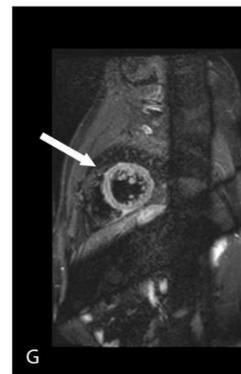
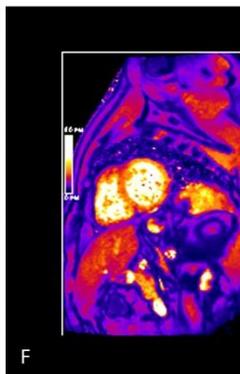
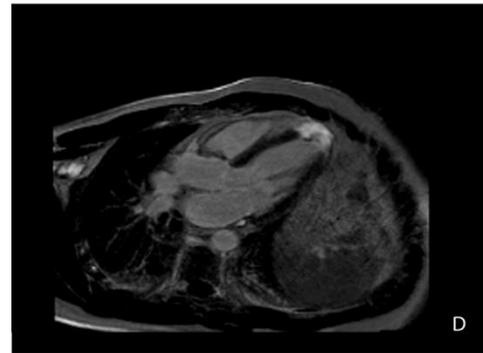
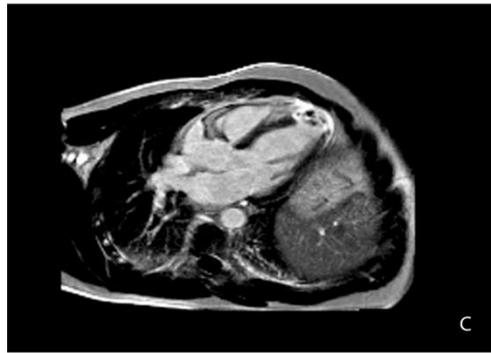
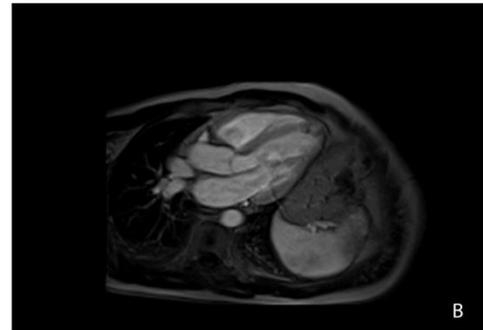
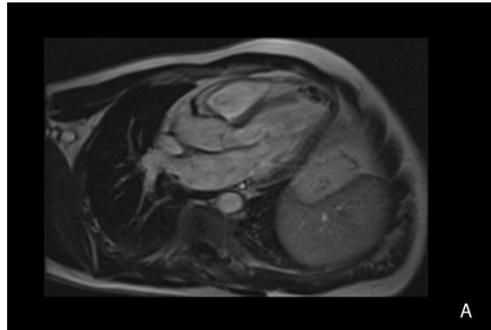
Durante la procedura venivano effettuate iniezioni intracoronariche di abiciximab, verapamil, adenosina e nitrati. Al termine della procedura flusso apicale TIMI 2.



- ✓ Impostata terapia con ASA 100 mg/die e Clopidogrel 75 mg/die
- ✓ L'ecocardiogramma color doppler transtoracico poneva il dubbio della presenza di una formazione trombotica in sede antero-laterale
- ✓ Eseguito ecocardio transesofageo che escludeva la presenza di aneurisma del setto interatriale e di forame ovale pervio



- ✓ Alla luce dei dati ecocardiografici si poneva indicazione a studio con risonanza magnetica cardiaca per meglio definire la caratterizzazione tissutale dell'area infartuale





- ✓ La Risonanza Magnetica Cardiaca mostrava un ventricolo sinistro di normali volumi con acinesia settale ed apicale, ma con buona funzione sistolica globale (FEVS: 60% )
- ✓ Alle immagini morfologiche T2 pesate con saturazione del tessuto adiposo (STIR), segni di edema ed evidenza di intenso segnale in sede settale ed apicale condizionante significativo incremento dello spessore di parete settale (14 mm).
- ✓ Alle immagini post-contrasto precoci area di ostruzione microvascolare con core emorragico in corrispondenza dei segmenti setto-apicali con evidenza di formazione trombotica apicale (0.9 x 0.5 mm).
- ✓ Alle immagini post contrasto tardive enhancement trasmurale dei segmenti apicali con evidenza di area ipointensa centrale con pattern tipicamente ischemico.



Alla luce dei dati strumentali, considerata la verosimile origine tromboembolica dell'infarto e l'assenza di una franca malattia ateromastica, quale terapia vi sembra la più appropriata?

- 1) DAPT + WARFARIN
- 2) ASA + WARFARIN
- 3) WARFARIN

