Una strana precordialgia

Data 18 aprile 2011
Categoria clinical_queries

Descrizione di un caso di precordialgia non di origine cardiaca.

ilcaso

Maschio 54 anni in buona salute, runner a livello amatoriale percorre 10-12 Km 3-4 volte alla settimana in compagnia della moglie con intensità di circa 6,10 min./Km (circa 11 MET) anche in inverno. Nell'inverno scorso comincia ad accusare, dopo qualche Km, episodi di dolore al centro del petto che lo costringe a smettere altrimenti compare la lipotimia. Fermandosi il dolore passa in pochi minuti e proseguendo, camminando veloce, il dolore non compare. Camminando veloce o andando in mountain bike con la stessa intensità il dolore non si presenta. La storia clinica documenta che è un fumatore di 10 sigarette die, professione medico, forte familiarità per CHD (padre morto per probabile IMA all'età di 56 anni), Pressione Arteriosa nella norma, donatore AVIS, colecistectomizzato per calcolosi della colecisti, non assume farmaci salvo nimesulide in caso di cefalea comune di cui soffre dall'età infantile, Reflusso gastro-esofageo da piccola ernia iatale (EGDS fatta qualche anno fa) per il quale assume sporadicamente IPP, dieta varia con poca carne e preferenza di vegetali e pesce, 1-2 bicchieri di vino ai pasti.
Il dolore prima sporadico si fa più frequente e sempre con le stesse caratteristiche. Ha sempre ritenuto fosse causato dal suo RGE ma l'uso di IPP e maalox non ha dato i risultati sperati. Spaventato incomincia ad assumere ASA e sinvastatina 40 mg e si sottopone ad una visita cardiologica con test da sforzo massimale alla cyclette che risulta negativo. Non convinto esegue di sua iniziativa una Angio-TAC coronarica a 64 slices (1ma anche questa risulta negativa salvo una lieve dilatazione del bulbo aortico (43 mm).

Quale, allora, la causa della precordialgia ?

Si stima che nella popolazione generale precordialgia abbia una prevalenza del 10-30%, circa il 2% sono viste dal MMG. Tra le varie cause, la coronaropatia è responsabile in meno del 20% dei casi e di solito le indagini sono indirizzate esclusivamente ad escludere una causa cardiaca (2,3)

In caso di precordialgia la raccolta della storia clinica e le caratteristiche della comparsa del dolore rappresentano il primo step per la definizione del problema, ma molto spesso il medico non è in grado di risalire alla causa del dolore e si affiderà agli esami strumentali scegliendo quelli che ritiene più opportuni in base alla storia del paziente e alla prevalenza delle cause. (Tabella 1)

Fig. 1. Prevalenza delle principali cause di Precordialgia. (4)

Nel caso in questione la storia clinica e le caratteristiche del dolore, una volta escluso l'origine cardiaca, orientano verso un problema gastrointestinale. Il dolore compare durante sforzo dopo circa 2-3 Km e solo correndo ma non camminando veloce o su mountain bike. Inoltre è portatore di ernia iatale e GERD, anche se lieve. Quindi l'idea è che siano i continui saltelli della corsa a scatenare la sintomatologi,a ma con quale meccanismo? E perché l'uso di simvastatina e ASA ha impedito la comparsa del dolore, salvo verificarsi una sola volta?
E' stata fatta una ricerca su pubmed e google incrociando i dati e usando i termini "non cardiac chest pain" e runners e rifinendo poi le ricerche con altri dati e termini.
Su pubmed si trovano diversi articoli in cui è dimostrato un incremento del reflusso gastroesofageo in diversi sport tra cui runners e ciclisti, ma anche tra individui non allenati. (5,6,7,8,9,10,11) Prima di sottoporsi a manometria e PH-metria esofagea il soggetto ha provato ad adottare qualche strategia evitando caffè, sigarette e la colazione prima dell'allenamento, IPP e antiacidi presi qualche ora prima e queste semplici regole sembrano, al momento, funzionare.
Resta da chiarire come mai l'associazione ASA e Simvastatina abbiano impedito la comparsa del dolore. Essendo l'origine del dolore esofageo e non avendo trovato nulla in letteratura su un eventuale ruolo protettivo la spiegazione è da ricercare in un cambiamento delle regole alimentari e igieniche come detto sopra.

ClementinoStefanetti

Bibliografia

1. Mowatt G. Systematic review of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of 64-slice or higher computed tomography angiography as an alternative to invasive coronary angiography in the investigation of coronary artery disease. Health Technol Assess. 2008 May;12(17):iii-iv, ix-143.
http://www.hta.ac.uk/fullmono/mon1217.pdf

2. Flook N. Approach to managing undiagnosed chest pain: could gastroesophageal reflux disease be the cause? Can Fam Physician. 2007 Feb;53(2):261-6. www.cfp.ca/cgi/reprint/53/2/261.pdf

3. Ana Ruigomez. Chest pain in general practice: incidence, comorbidity and mortality. Fam Pract. 2006 Apr;23(2):167-74. Epub 2006 Feb 3. http://fampra.oxfordjournals.org/cgi/reprint/23/2/167.pdf

4. Fruergaard P. The diagnoses of patients admitted with acute chest pain but without myocardial infarction. Eur Heart J. 1996 Jul;17(7):1028-34. http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/17/7/1028.full.pdf

5. Esophageal motility disorders.
www.nature.com/gimo/contents/pt1/full/gimo20.html#f1

6. Simons SM. Gastrointestinal problems in runners. Curr Sports Med Rep. 2004 Apr;3(2):112-6.

7. Riddoch C. Gastrointestinal disturbances in marathon runners. Br J Sports Med. 1988 Jun;22(2):71-4.
http://goo.gl/XyCm

8. Choi SC. Effect of graded running on esophageal motility and gastroesophageal reflux in fed volunteers. J Korean Med Sci. 2001 Apr;16(2):183-7.

9. Soffer EE. Effect of graded exercise on esophageal motility and gastroesophageal reflux in nontrained subjects. Dig Dis Sci. 1994 Jan;39(1):193-8.

10. Soffer EE. Effect of graded exercise on esophageal motility and gastroesophageal reflux in trained athletes. Dig Dis Sci. 1993 Feb;38(2):220-4.

11. Collings KL. Esophageal reflux in conditioned runners, cyclists, and weightlifters. Med Sci Sports Exerc. 2003 May;35(5):730-5.