

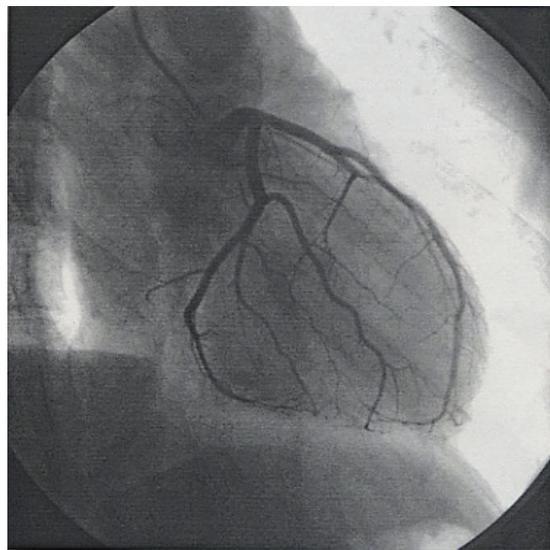
## Sindrome di Turner ed angina microvascolare

### Caso clinico

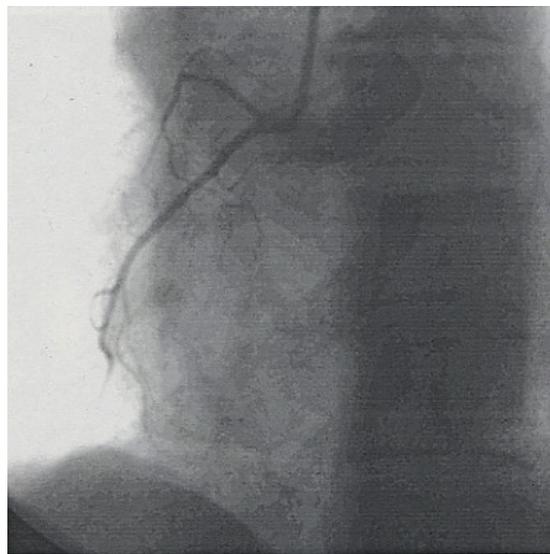
Una donna di 43 anni portatrice di Sindrome di Turner (ST), in terapia ormonale sostitutiva (estradiole 37,5 mcg die/noretisterone 10 mg die per 12 giorni ogni 4 settimane) dall'età di 22 anni e senza altri fattori di rischio cardiovascolare, era giunta alla nostra osservazione in seguito alla comparsa da circa 5 mesi di episodi recidivati di dolore costrittivo precordiale, a riposo e da sforzo, irradiato all'arto superiore sinistro e sensibile alla somministrazione di nitroderivato sublinguale. Gli esami radiologici non dimostrarono patologie esofagee o gastriche. Ripetuti elettrocardiogrammi a riposo risultarono nella norma. Il test da sforzo non fu diagnostico per precoce esaurimento muscolare ma un elettrocardiogramma registrato durante un episodio di dolore precordiale documentò la transitoria comparsa di sottoslivellamento del tratto S-T (>1 mm) da V1 a V3. La

paziente fu in seguito sottoposta ad accertamento angiografico che dimostrò la presenza di coronarie indenni (figura 1 e figura 2). Sulla base dei dati clinici, elettrocardiografici ed angiografici fu

**Figura 1.** Coronaria sinistra angiograficamente indenne.



**Figura 2.** Coronaria destra angiograficamente indenne.



Agozzini F, Picca M, Pelosi G. Turner syndrome and microvascular angina. *Trends Med* 2004; 4(4):349-350.

© 2004 Pharma Project Group srl

**Francesco Agozzino, Maurizio Picca, Giancarlo Pelosi**

Divisione di Medicina Interna,  
Azienda Ospedaliera Fatebenefratelli e Oftalmico, Presidio  
Ospedaliero Macedonio Melloni, Milano

✉ **Maurizio Picca**

Divisione di Medicina Interna  
Azienda Ospedaliera Fatebenefratelli e Oftalmico,  
Presidio Ospedaliero Macedonio Melloni,  
Via Macedonio Melloni 52  
20129 Milano  
Tel. 0263633223, Fax 0263633241  
E-mail: maurizio.picca@fastwebnet.it

quindi posta diagnosi di sindrome X cardiaca ed impostata una terapia con diltiazem 240 mg die. La paziente si presentava in buone condizioni generali, in assenza di recidive di dolore toracico, ad una visita di controllo eseguita 6 mesi dopo la dimissione.

## Discussione

La ST, conseguenza della mancanza o di variabili delezioni a carico di un cromosoma X, è l'anomalia cromosomica più comune nella popolazione femminile, con una incidenza di 1:2500 femmine nate vive. Le sue caratteristiche cliniche più comuni riguardano la bassa statura e l'insufficienza ovarica ma l'aumentata mortalità osservata nelle femmine con ST sembra essere prevalentemente imputabile a complicanze cardiovascolari: malformazioni cardiache, dissecazione aortica e precoce

aterosclerosi coronarica<sup>1</sup>. Considerando la durata insufficienza ovarica e l'elevata incidenza di altre possibili cause di disfunzione endoteliale come ipertensione arteriosa e dislipidemia<sup>2</sup>, le femmine portatrici di ST dovrebbero essere considerate ad alto rischio anche per lo sviluppo di una sindrome X cardiaca; tuttavia questo è il primo caso di angina microvascolare in una paziente portatrice di tale anomalia cromosomica riportato in letteratura. Ulteriori studi e più ampie casistiche potranno individuare l'esatta incidenza della sindrome X cardiaca nelle femmine portatrici di ST, valutare il ruolo dell'insufficienza ovarica e della terapia ormonale sostitutiva ed eventualmente suggerire la presenza di fattori protettivi in questa particolare popolazione. La nostra esperienza testimonia l'efficacia del diltiazem nel controllare le recidive anginose anche in pazienti con sindrome X cardiaca portatrici di ST. **TiM**

## Bibliografia

1. **Gravholt CH, Juul S, Naeraa RW, et al.** Morbidity in Turner syndrome. *J Clin Epidemiol* 1998; 51:147-158.
2. **Elsheikh M, Conway GS.** The impact of obesity on cardiovascular risk factors in Turner's syndrome. *Clin Endocrinol* 1998; 49:447-450.