

BLOCCO ATRIOVENTRICOLARE ACQUISITO IN ETÀ PEDIATRICA: QUALI CAUSE RICERCARE?

Dr.ssa S. Santacesaria, Dr.ssa L. Nespoli, Dr.ssa S. Goletto,

Dr.ssa S. Ghiglia, Dr.ssa L. Lonoce, Dr. M. Gambino,

Dr. G. Mercurio, Dr.ssa S. Mannarino



Fondazione Buzzi
PER L'OSPEDALE DEI BAMBINI

INTRODUZIONE

Il **blocco atrioventricolare (BAV) avanzato**, in assenza di cardiopatie strutturali, è molto raro in età pediatrica. La causa più frequente è il passaggio transplacentare di anticorpi materni anti-Ro e anti-La che danneggiano le vie di conduzione durante l'epoca fetale; cause più rare sono forme ereditarie (mutazioni SCN5A, SCN1B, SCN10A, TRPM4, KCNK17), malattie infiammatorie (Kawasaki, miocarditi, malattia reumatica), infezioni (malattia di Lyme e malattia di Chagas), forme iatrogene (post-operatorie e da farmaci).

La **celiachia** è una patologia caratterizzata da malassorbimento intestinale dovuto a un'inflammatione autoimmune innescata dall'ingestione di glutine in individui geneticamente predisposti; raramente può associarsi a sviluppo negli anni di cardiomiopatia dilatativa, aterosclerosi, fibrillazione atriale e eventi tromboembolici.

CASO CLINICO

Bambina di 4 aa con anamnesi pregressa muta, giunge a valutazione cardiologica per bradicardia; all'ECG evidenza di BAV 2:1, all'Ecocardiogramma assenza di alterazioni strutturali, agli ematochimici escluse disonie, infezioni in atto o pregresse, presenza di autoanticorpi. All'Holter ECG evidenza di BAV I grado, BAV II tipo 1 e BAV 2:1.

Agli Holter ECG periodici si assisteva ad una graduale progressione del BAV fino all'evidenza all'età di 8 aa di *BAV III con scappamento a QRS stretto anche diurno e pause di max 5,1 s.*



Riscontro inoltre di progressiva riduzione della frequenza cardiaca (FC) max al test ergometrico fino a valori di FC max di 100 bpm.

La bambina veniva inviata a valutazione per impianto pacemaker ma data l'asintomaticità e la giovane età, veniva proposta terapia con Teofillina che ha determinato riduzione della durata delle pause agli Holter ECG pur persistendo lunghi periodi di BAV III anche diurni.

Contemporaneamente alla progressione del BAV, la bambina presentava frequenti episodi di cefalea, addominalgia, aumentata frequenza dell'alvo per cui, in considerazione anche della familiarità per malattia cronica intestinale (padre con Morbo di Chron), veniva avviata ad approfondimento gastroenterologico che ha permesso di porre la diagnosi di celiachia.



Una volta avviata la dieta priva di glutine (DPG), si è osservata in soli 3 mesi una regressione del blocco fino a *BAV I grado con lembi di BAV II tipo 1 solo notturni e pause di max 2,5 s*; tali reperti si confermavano anche dopo sospensione della Teofillina.

CONCLUSIONI

Le forme acquisite di BAV in età pediatrica sono rare. Ad oggi, non esistono in letteratura casi di BAV associato a celiachia e regredito con DPG. L'esclusione della celiachia dovrebbe essere inclusa nel work-up diagnostico dei BAV acquisiti in età pediatrica.