

Dr. ssa Erika Calisi¹
Dr. Bruno Genco²

Dr. Francesco Della Mora³
Dr. Filippo Leonardo⁴

Nel mondo del bodybuilding l'utilizzo degli steroidi androgeni anabolizzanti (SAA) è una strategia frequente, mirata a migliorare le prestazioni sportive, aumentando significativamente la massa muscolare. È stato dimostrato che l'abuso di tali sostanze sia capace di indurre cardiomiopatia da disfunzione biventricolare attraverso numerosi e complessi meccanismi biochimici.

Un uomo caucasico di 29 anni senza patologie pregresse di rilievo, bodybuilder professionista, si presentò in pronto soccorso riferendo comparsa di dispnea da sforzo e tosse da due settimane e semi-ortopnea da qualche giorno, causa di risvegli notturni frequenti. Il paziente si presentava in buone condizioni generali, apiretico, normoteso ma tachicardico (130 bpm R) e con desaturazione a riposo (90% SaO₂). Ad una anamnesi più approfondita il paziente riferì di aver assunto steroidi anabolizzanti androgeni per via iniettiva 6 mesi prima.

La POC-US polmonare eseguita all'arrivo mostrò un pattern tipo B a gradiente bilateralmente, quadro che orientò verso la diagnosi di edema polmonare, piuttosto che di embolia polmonare, supportandoci nelle successive scelte terapeutiche.

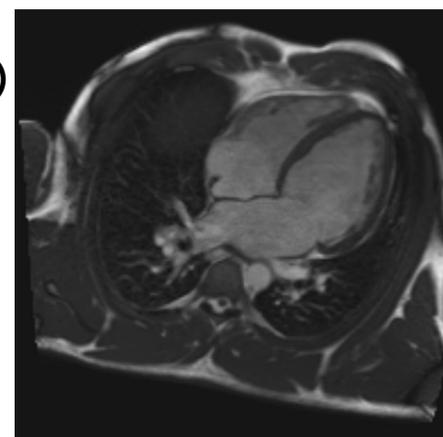
L'ecocardiogramma transtoracico evidenziò una disfunzione ventricolare sinistra con severa riduzione della frazione di eiezione (25%).



La TC coronarica confermò la genesi non ischemica della cardiomiopatia; la RMN cardiaca evidenziò inoltre severa disfunzione e dilatazione biventricolare con moderata dilatazione atriale sinistra.

L'edema polmonare venne trattato con terapia diuretica e beta-bloccanti, con progressiva stabilizzazione del quadro clinico. Fu proposto al paziente l'impianto di un pacemaker defibrillatore in prevenzione primaria, opzione che rifiutò.

Una ecocardiografia di follow-up a 12 mesi ha recentemente mostrato un significativo miglioramento della FE (50%).



Un abuso di SAA deve essere sempre sospettato nella diagnosi differenziale delle cardiomiopatie non ischemiche, in particolare negli atleti giovani di sesso maschile senza altri fattori di rischio che possono presentare quadri inaspettati di scompenso cardiaco.

In Italia manca informazione adeguata in merito ai rischi che l'abuso di SAA può comportare, soprattutto per quanto riguarda il grave impatto sulla funzionalità cardiaca e l'incertezza sulla sua reversibilità. Non esistono linee guida internazionali per una terapia specifica delle cardiomiopatie indotte da SAA, ma possono essere utilizzate strategie farmacologiche già validate per il trattamento di altre cardiomiopatie, come è stato fatto in questo caso.

La POC-US si conferma strumento indispensabile nella tempestiva diagnosi differenziale della dispnea all'arrivo del paziente in pronto soccorso.

Garner O, Iardino A, Ramirez A, Yakoby M. Cardiomyopathy induced by anabolic-androgenic steroid abuse. *BMJ Case Rep.* 2018 Jul 23;2018:bcr2017223891. doi: 10.1136/bcr-2017-223891. PMID: 30037963; PMCID: PMC6059226.

Alhusban Z, Alaaraj MM, Saimh AR, Nassar W, Awad A, Ghanima K, Abouelkheir M, Hamed AM, Afsa A, Morra ME. Steroid-Induced Cardiomyopathy: Insights From a Systematic Literature Review and a Case Report. *Clin Case Rep.* 2025 Feb 26;13(3):e70171. doi: 10.1002/ccr3.70171. PMID: 40018431; PMCID: PMC11865342.

Affiliazioni

¹Dirigente medico UOC Accettazione e Pronto Soccorso Ospedale P. Orlandi- ULSS 9 Scaligera - Bussolengo (VR)

²Direttore UOC Accettazione e Pronto Soccorso Ospedali G. Magalini e P. Orlandi - ULSS 9 Scaligera (VR)

³Medico Cardiologo, UO Cardiologia, Ospedale P. Pederzoli (VR)

⁴Medico Cardiologo, Direttore UO Cardiologia, Ospedale P. Pederzoli (VR)

Contatti

erika.calisi@aulss9.veneto.it

CASO CLINICO

DIAGNOSI DIFFERENZIALE DISPNEA IN URGENZA