

Empiema pleurico: descrizione di un caso di difficile risoluzione

F. ANTONELLI, M. ASCHETTINO, C. SANTORO, P. SIANI
 UC Pediatria, Ospedale Cardarelli (Napoli)

La frequenza di empiema pleurico in età pediatrica risulta in costante aumento come segnalano recenti studi sia europei che nordamericani. Descriviamo il caso di una paziente di 14 anni nella cui gestione terapeutica sono state utilizzate tecniche mediche e chirurgiche.

La paziente veniva alla nostra osservazione per febbre e dispnea. L'E.O all'ingresso evidenziava dispnea con rientramenti degli ultimi spazi intercostali e alitamento delle pinne nasali, dolore di forte intensità in ipocondrio destro. In torace: m.v.(murmure vescicolare) assente in medio-basale destro. Saturazione O₂ in aria 90% L'Rx torace mostrava massivo versamento pleurico in medio basale dx. Il quadro clinico era complicato da IRA prerenale da deficit perfusivo e aumento delle transaminasi sieriche.

L'**anamnesi farmacologica** rivelava che la paziente aveva assunto dosi eccessive (circa 4 grammi in 12 ore) di paracetamolo per cui si configurava un quadro di epatotossicità da farmaco. I valori di transaminasi ritornavano nella norma dopo terapia con acetilcisteina in pochi giorni.

Oltre alla terapia di supporto (idratazione e ossigeno-terapia) veniva iniziata terapia antibiotica e.v. (cefotaxime e teicoplanina) che produceva lieve miglioramento del quadro clinico lasciando immutato il reperto radiologico.

La TC polmonare con e senza m.c.d. praticata in quinta giornata evidenziava: "Versamento pleurico massivo a dx, con atelettasia subtotale del polmone omolaterale. Mediastino sbandato a sx". Si praticava toracentesi, che non portava ad alcun miglioramento clinico né radiologico, per cui dopo 48 ore si decideva il posizionamento di catetere intrapleurico. Il quadro clinico e radiologica rimaneva stazionario per cui si procedeva a VATS (toracosopia video assistita) con toilette del cavo pleurico e riposizionamento del drenaggio.

La mancata riespansione polmonare dovuta ad aderenze mediastiniche e interscissurali ha imposto **intervento di decorticazione polmonare** con risoluzione clinica e adeguato recupero funzionale. Il caso viene segnalato per il suo complicato decorso clinico e pone ancora quesiti su quale possa essere la migliore gestione dell'empiema pleurico in età pediatrica. Infatti, nonostante la frequenza dell'empiema pleurico sia in aumento soprattutto in segnalazioni provenienti dal Regno Unito, non vi è ancora univoco consenso su quale sia la migliore strategia terapeutica nella gestione di tale patologia.

In particolare le ultime linee guida teorizzano un precoce inserimento del drenaggio pleurico non lasciando spazio alla semplice toracentesi. Le stesse linee guida e recenti lavori ipotizzano un'opzione chirurgica precoce (VATS). Inoltre, è da chiarire se l'ecografia polmonare possa essere decisiva nel decidere una strategia terapeutica. Rimane anche controversa l'utilità dell'analisi biochimica del liquido pleurico, ritenuta estremamente importante in una recente review di autorevoli autori italiani ed invece assolutamente trascurata nelle linee guida britanniche sopra citate. Altro aspetto interessante del caso descritto è il danno epatico da noi attribuito al paracetamolo e che pone degli interrogativi sull'uso spesso indiscriminato di tale farmaco.



Vuoi citare questo contributo?

F. Antonelli, M. Aschettino, C. Santoro, P. Siani. EMPIEMA PLEURICO: DESCRIZIONE DI UN CASO DI DIFFICILE RISOLUZIONE. *Medico e Bambino pagine elettroniche* 2008; 11(4) http://www.medicoebambino.com/?id=IND0804_10.html