MeB - Pagine Elettroniche

Volume XXII

Luglio 2019

numero 7

BRONCOPNEUMOLOGIA

QUANDO IL CUORE BATTE A DESTRA...

Francesca Caldarale*, Maria Luisa Casciana, Silvia Sordelli, Claudia Salemi, Silvia Fasoli

*UOC Pediatria, Ospedale "Carlo Poma", ASST Mantova
Scuola di Specializzazione in Pediatria, Università di Brescia

Indirizzo per corrispondenza: francesca.caldarale@gmail.com

M. è un piccolino di 18 mesi, ricoverato presso il reparto di Pediatria di Mantova per polmonite pneumococcica bilaterale e bronchiolite acuta da virus respiratorio sinciziale e da adenovirus. All'ingresso, per marcato distress respiratorio e compromissione delle condizioni generali e dello stato di idratazione inizia terapia antibiotica iniettiva, fleboclisi e ossigenoterapia ad alti flussi (FiO₂ 40%, 12 l/min). Durante la degenza assistiamo a un lento, ma costante e progressivo miglioramento clinico: stabilmente apiretico dalla terza giornata, il piccolo passa a cefalosporina orale, tollerando bene la reidratazione, e infine arriva a mantenere valori pulsossimetrici adeguati in aria ambiente. Tuttavia, in quarta giornata, non ci spieghiamo la persistenza di respiro appoggiato e rientramenti giugulari e di un transitorio episodio di cianosi periorale e pallore cutaneo, in presenza di murmure vescicolare fisiologico senza rumori aggiunti, per cui eseguiamo ECG urgente. "Lievi anomalie ripolarizzative a sede anteriore rispetto all'età da ricontrollare con corretto posizionamento degli elettrodi" leggiamo dal referto, per cui ripetiamo l'esame. Intanto, il piccolo è in buone condizioni generali, ma ricompare la febbre (T 38,5 °C); poco dopo riprende a respirare male: SatO₂ 88% in AA, FC 220 bpm, FR 70 apm, rientramenti giugulari, intercostali e sottodiaframmatici con alitamento delle pinne nasali e marcato sforzo respiratorio. Eroghiamo ossigeno a flusso libero e auscultiamo il torace: tum, tum, tu... Il cuore batte a destra!

I polsi periferici diventano deboli, la cute diventa pallida. Sul campo polmonare destro buon ingresso aereo, a sinistra silenzio respiratorio. Siamo di fronte a un caso di shock ostruttivo da pneumotorace sinistro iperteso, prontamente decompresso dal collega Rianimatore dopo conferma radiologica. Dopo stabilizzazione del piccolo paziente e posizionamento di drenaggio toracico in aspirazione, si apprezzano ai controlli radiologici successivi aree di iperdiafania nel contesto del parenchima polmonare sinistro, compatibili con pneumatoceci. M. ha, quindi, sviluppato un pneumotorace iperteso secondario a polmonite necrotizzante, difficilmente ipotizzabile all'inizio, ma da non dimenticare tra le complicanze rare (seppur descritta con incidenza fino al 10%) e potenzialmente fatali di polmonite comunitaria acuta.

Bibliografia di riferimento

- Ramgopal S, Ivan Y, Medsinghe A, Saladino RA. Pediatric necrotizing pneumonia: a case report and a review of the literature. *Pediatr Emer Care* 2017;33(2): 112-5.
- Tsai YF, Ku YH. Necrotizing pneumonia: a rare complication of pneumonia requiring special consideration. *Curr Opin Pulm Med* 2012;18(3):246-52.