

I POSTER DEGLI SPECIALIZZANDI

UNA POLMONITE CHE NON GUARISCE

Marta Delle Piane¹, Teresa Ceglie¹, Antonio Pizzol¹, Clara Gabiano², Pierangelo Tovo²

¹*Ospedale Infantile Regina Margherita OIRM, Torino*

²*C.D.U. Malattie infettive, Ospedale Infantile Regina Margherita OIRM, Università di Torino*

Indirizzo per corrispondenza: terri.c@hotmail.it

Lorenzo, 11 anni, si presenta in Pronto Soccorso di un altro ospedale con febbre e tosse insorti 4 giorni prima e comparsa di dispnea dal giorno precedente. L'emocromo evidenzia linfopenia marcata e indici di flogosi alterati (PCR 245 mg/l). All'Rx torace si osservano multipli adensamenti polmonari flogistici. Viene avviata una terapia iniziale con amoxicillina clavulanata ev e claritromicina per os e viene trasferito presso il nostro Centro.

All'ingresso il bambino presenta condizioni generali discrete, è tachicardico, iperpiretico con marcata ipossia non responsiva a ossigenoterapia con *reservoir*. All'auscultazione polmonare: respiro aspro diffuso con espirazione prolungata, tachipnea, cianosi periferica, rantoli e gemiti soprattutto in sede basale sx. All'ecografia polmonare si evidenzia inoltre estesa ipodiafania in sede basale bilaterale, con associato versamento pleurico, senza segni di pneumotorace. Viene dunque trattenuto in OBI per monitoraggio cardiorespiratorio.

Si aggiunge in terapia teicoplanina, fluconazolo e corticosteroide ev e terapia di supporto ventilatoria ad alti flussi. L'emocoltura, la ricerca dell'Ag pneumococcico urinario e di *Legionella pneumophila* sono risultati negativi. Il tampone nasale effettuato all'ingresso evidenzia positività per influenza A (tipizzazione molecolare virus H3). Per peggioramento del quadro respiratorio e scaldamento delle condizioni generali viene trasferito presso la terapia intensiva. All'indagine TC si evidenzia un quadro

di pneumopatia bilaterale caratterizzato da ampie aree di tipo condensativo bilaterali disomogenee per la presenza di aree ipodense di irregolare escavazione suggestive per un quadro di polmonite necrotizzante.

La **polmonite necrotizzante** è una rara ma severa complicanza delle polmoniti acquisite in comunità (fino al 3% dei casi). Rappresenta una emergente complicanza nel bambino, che si associa a elevata morbilità e mortalità. È caratterizzata da perdita del normale parenchima polmonare, portando alla formazione di lesioni cavitare a parete sottile. L'eziologia, dimostrabile nel 50% dei casi, è prevalentemente batterica (*Streptococcus pneumoniae in primis*). Il *gold standard* diagnostico è rappresentato dalla TC del torace. Il decorso clinico è spesso prolungato nonostante una adeguata terapia antibiotica e frequentemente si verificano complicanze quali empiema, versamento pleurico e pneumotorace. La terapia antibiotica prolungata per 4 settimane o per almeno una settimana dopo lo sfebbramento sono raccomandate ma, in mancanza di adeguata risposta, la terapia chirurgica va considerata precocemente (gestione della malattia pleurica e della necrosi del parenchima).

Nel bambino con polmonite acquisita in comunità severa e scarsamente responsiva alla terapia antibiotica empirica, non trascurare la possibilità di una polmonite necrotizzante.