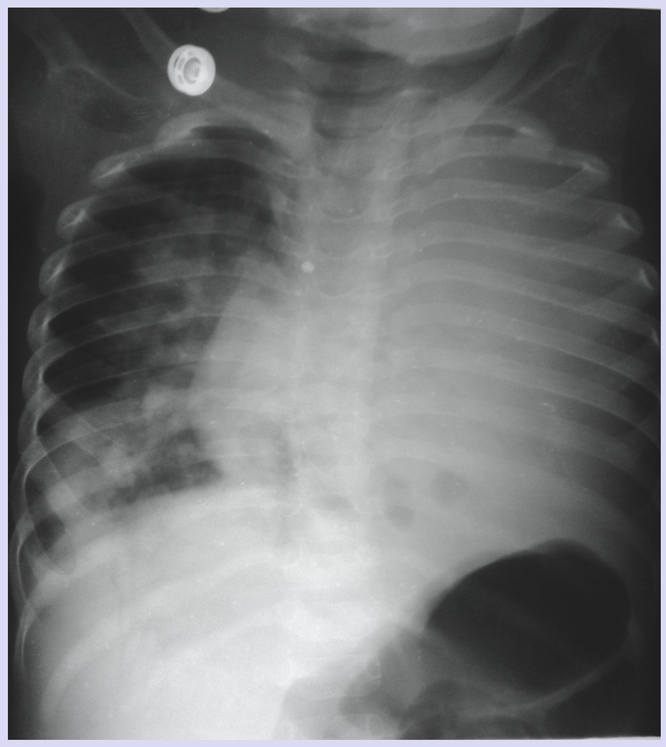
POLMONITI DELL'ALTRO MONDO

Michele Arigliani[1]; Mario C. Canciani[1]

Department of Clinical and Experimental Medical Sciences, Unit of Paediatrics, University-Hospital of Udine.

CASO #1

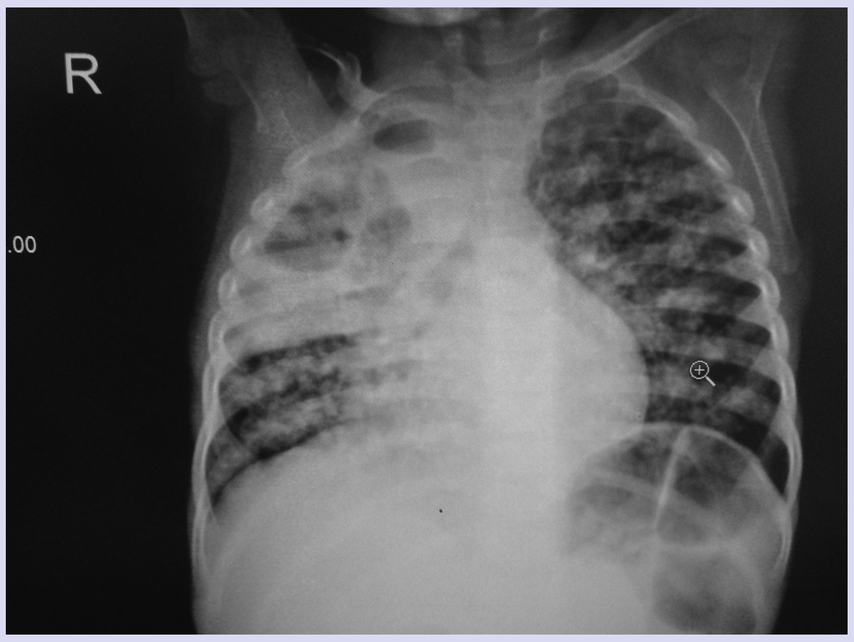
Pediatria di Kimbondo, Kinshasa, R.D. Congo. Marzo 2015.
Bimbo di 2 anni. Ha febbre da alcuni giorni. All'arrivo è soporoso, tachi-dispnoico con respiro paradosso e SpO2 87% in aria. Al torace l'aria entra molto poco a sinistra, ha crepitii bilaterali, non ha rigor, FC 180 bpm con estremità fredde e refill capillare 3 sec, normoteso. Non ha epatomegalia. Preso l'accesso venoso, facciamo un emibolo di SF e l'rx torace in ossigeno a 10 L/min. All'rx il polmone sinistro è quasi tutto bianco, c'è sbandieramento del mediastino verso destra ed anche a destra sono evidente alcune aree di ipodiafania. Facciamo la prima dose di ceftriaxone ev. Muore mezz'ora dopo. Il collega locale mi dice che succede non di rado che arrivino bimbi quando oramai sono già agonici.



CASO #1 Rx torace all'ingresso

CASO #2

Luanda, Angola, Centro Malnutrizione, Ospedale Divina Providencia. Novembre 2014.
Bimbo di 18 mesi ricoverato al mattino per Kwashiorkor. Ha febbricola è un po' di tosse. L'rx torace mostra uno sfumato addensamento apicale destro (non disponibile). Ai campi polmonari superiori di dx si auscultano rantoli a piccole bolle. L'emocromo è normale, la PCR mossa. Inizia la penicillina G ev. Dal pomeriggio è francamente febbrile e poli-dispnoico ma satura bene. La mattina dopo lo troviamo con dispnea severa: nodding e gemito espiratorio, satura 88% in aria, ha rantoli diffusi, bilaterali al torace. Ripetiamo l'rx a 24 h dal precedente.

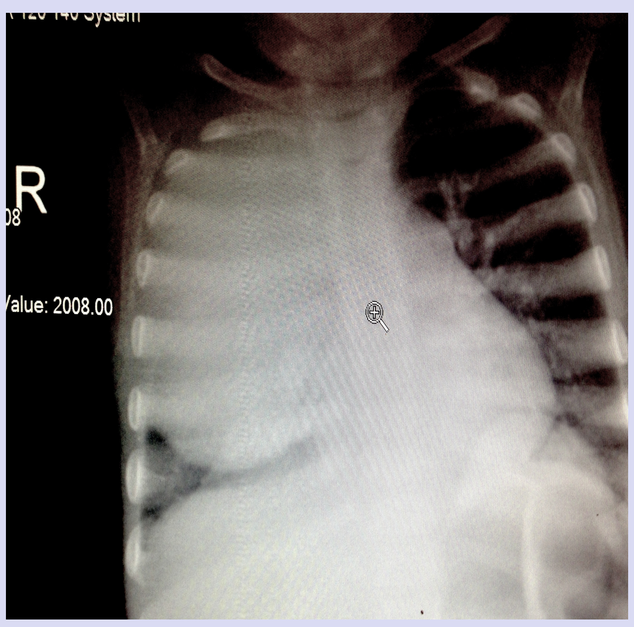


L'RX mostra un grosso addensamento del lobo superiore destro con aree cavitarie sospette per pneumatoceli. Inoltre si apprezzano infiltrati nodulari bilaterali. Pensando a una polmonite stafilococcica con ARDS avviamo oxacillina e ceftriaxone ev e l'ossigeno in maschera fino a 15 L/min. Durante la giornata peggiora, va in coma, muore nel tardo pomeriggio.

CASO #2 Rx torace a 24 h dal precedente che mostrava solo addensamento apicale dx

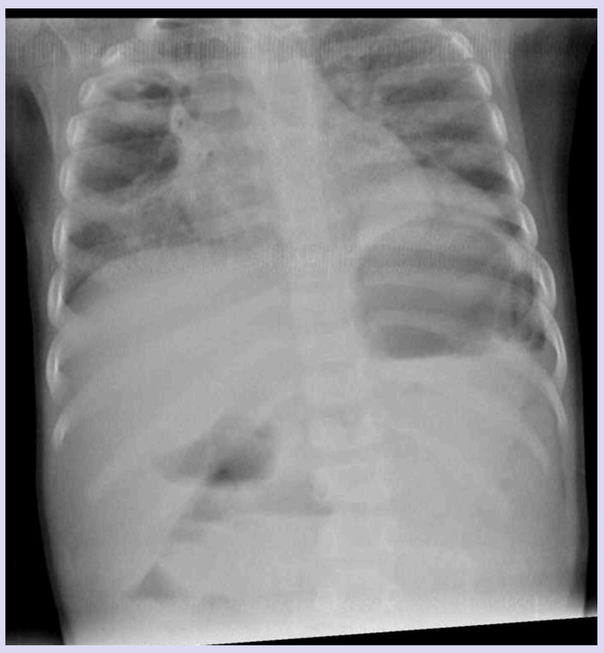
CASO #3

Luanda, Angola, Centro Malnutrizione, Ospedale Divina Providencia. Dicembre 2014.
Francisca ha 13 mesi, malnutrizione severa (weight-for-lenght Z-score <-3), da circa una settimana ha febbre e tosse non responsive ad amoxicillina per os che aveva assunto a casa. All'ingresso la bimba è febbrile, lievemente polipnoica, SpO2 95% in aria, al torace l'ingresso aereo è ridotto ai campi superiori a destra, non ci sono rumori aggiunti. Gli esami mostrano leucocitosi neutrofila, PCR qualitativa +++, test HIV neg.



CASO #3 Rx torace all'ingresso

L'rx torace mostra un'opacizzazione quasi completa del polmone destro. La Mantoux risulterà negativa. Abbiamo il sospetto di un ascesso polmonare vs neoformazione polmonare o cisti idatidea da echinococco. La trachea in asse ci dissuade dell'ipotesi neoplastica. Inizia la penicillina G ev. Dopo quattro giorni passiamo al Ceftriaxone ev perché la febbre continua e la PCR è sempre +++. A una settimana dall'ingresso nessun miglioramento. La trasferiamo all'Ospedale Universitario. Torna 20 giorni dopo: ha proseguito con il ceftriaxone più oxacillina. E' apiretica e l'rx di controllo è in miglioramento, con evoluzione cavitaria della lesione, confermando l'ipotesi di ascesso polmonare.



CASO #3 Rx torace a 21° g di ab ev