QUANDO IL PULSOSSIMETRO SUGGERISCE UNA DIAGNOSI

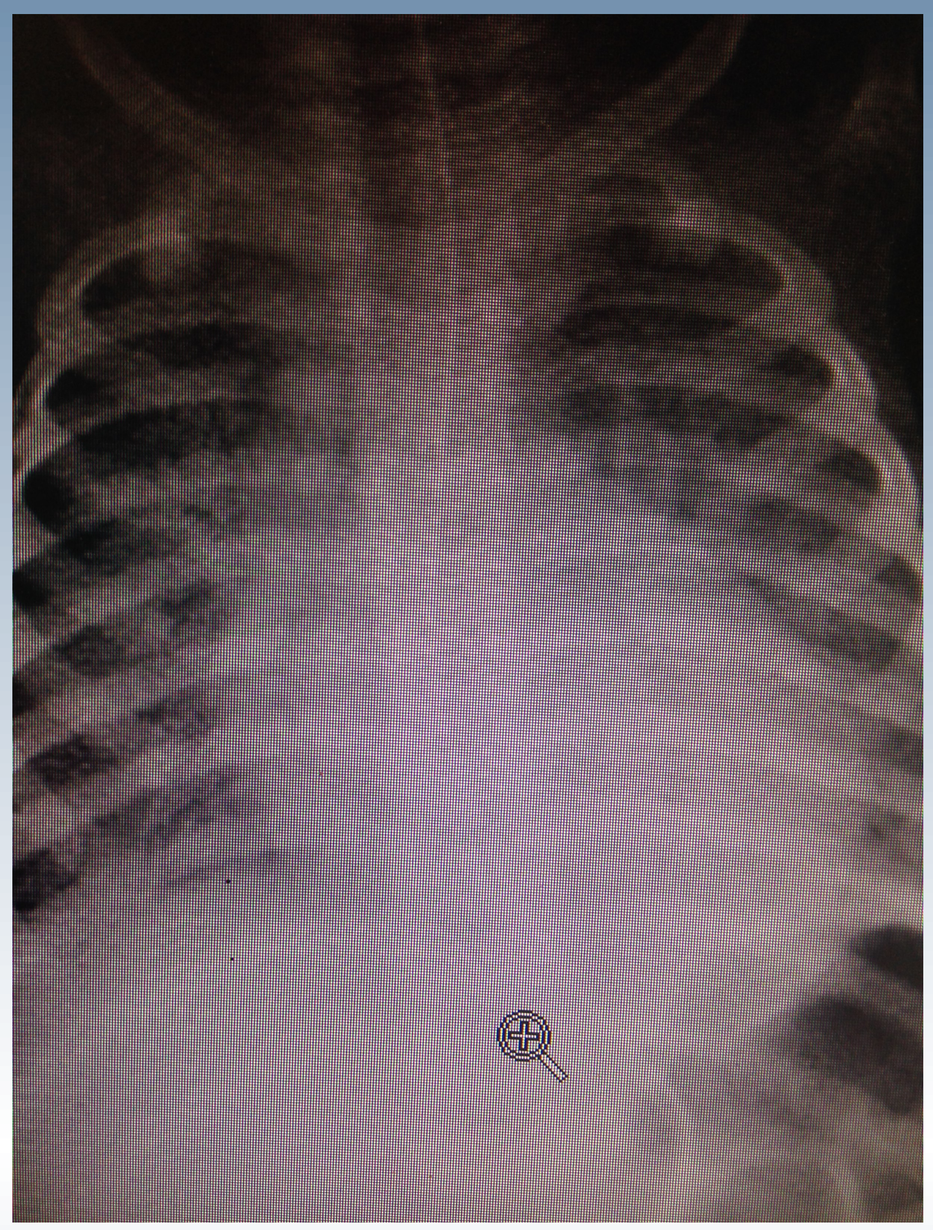
Michele Arigliani[1]; Mario C. Canciani[1]

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

CASO CLINICO

Luanda, Angola, Centro Malnutrizione dell'Ospedale *Divina Providencia*, pomeriggio del 31/12/2014. Arriva una bimba di 13 mesi con malnutrizione moderata (weight-for-lenght Z-score -3<X<-2). Da 3 giorni ha febbre (max 38,5 °C) e tosse secca. E' distrofica ma ha un buon aspetto generale, tachipnoica (FR 45/min), senza dispnea. L'auscultazione toracica è negativa, è tachicardica, la restante obiettività è normale. La SpO2 è 91% in aria. Una saturazione così bassa ci sembra sproporzionata rispetto all'obiettività. Impossibile avere un rx torace subito. Lo status HIV materno non è noto. Chiediamo l'emocromo, la PCR, il test HIV ma i risultati di quest'ultimo non li avremo prima del prossimo giorno lavorativo. Nel sospetto di polmonite, avviamo la Penicillina G ev e ossigeno con cannule nasali a 3 L/min. La rivediamo 36 h dopo, la mattina del 2 gennaio: la bimba sta malissimo! E' soporosa, ha dispnea severa con FR 85/min, respiro paradosso, satura 86% con 3 L/min di O2, al torace l'ingresso aereo è simmetrico, non sentiamo rumori patologici fino alla tarda mattinata quando compaiono rantoli bilaterali. E' tachicardica, senza toni aggiunti o soffi, le mucose sono un po' pallide, non ha altri segni di scompenso di circolo. Agli esami ha leucocitosi neutrofila e linfocitopenia, PCR qualitativa positiva, test HIV positivo. Anche la madre risulterà positiva.

Nel sospetto di pneumocistosi polmonare severa avviamo il Bactrim endovena e il prednisone. Con ossigeno a 10 L/min in maschera satura 93-94%. L'rx torace mostra ipodiafania sfumata ed estesa a livello perilare bilateralmente. Nonostante la terapia, non vi è stato miglioramento clinico e dopo 2 giorni la bambina è deceduta.



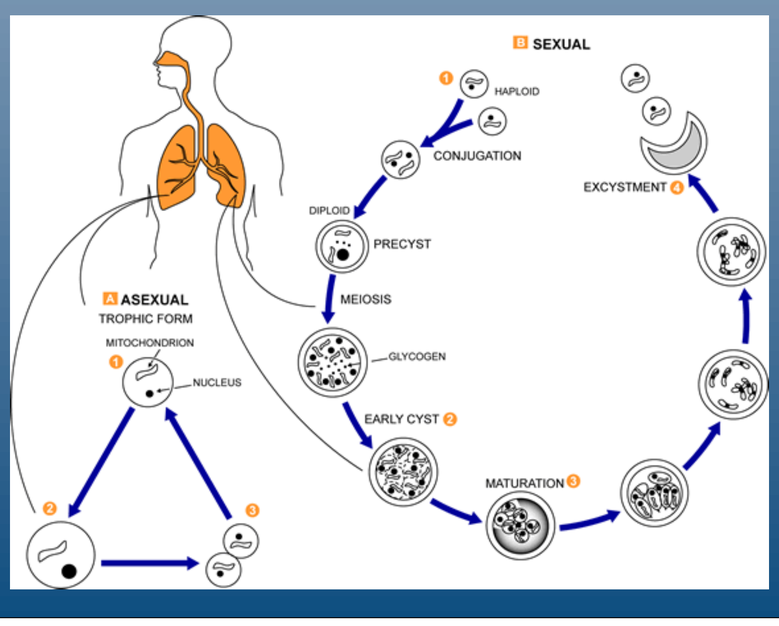
Rx torace a 36 h dall'ingresso

DISCUSSIONE

La polmonite da Pneumocystis carinii (PCP) è responsabile fino al 50% delle morti nel primo anno di vita dei bimbi con HIV perinatale. L'auscultazione toracica può essere negativa nonostante la dispnea e la desaturazione. Alla radiografia sono frequenti gli infiltrati interstiziali bilaterali, di aspetto reticolare o a *ground-glass*. La conferma diagnostica si ha con la visualizzazione dello *Pneumocystis* allo sputum indotto o al BAL o mediante PCR sulle secrezioni respiratorie. La terapia si basa sul cotrimossazolo per tre settimane, inizialmente in vena, se grave. Il prednisone è indicato nelle forme moderate-severe AIDS-correlate.

Nel nostro caso, considerando la presenza di sieropositività e l'età, la discrepanza tra obiettività toracica (negativa fino a quadro clinico molto severo) e dispnea/desaturazione, nonché la mancata risposta alla penicillina G con repentina evoluzione verso l'insufficienza respiratoria, l'ipotesi di pneumocistosi polmonare ci sembra la più probabile, pur nell'impossibilità di avere la conferma microbiologica.

La lezione che ci siamo portati a casa è che nei lattanti africani con infezione respiratoria e status HIV materno ignoto o positivo, in presenza di obiettività toracica negativa e desaturazione significativa non altrimenti giustificata, la PCP AIDS-correlata è da tenere fortemente in considerazione.



Ciclo vitale dello Pneumocystis carinii (CDC website)

Bibliography

1. Thomas CF Jr, Limper AH Pneumocystis pneumonia. N Engl J Med. 2004 Jun 10;350(24):2487-98.
2. Pyrgos V, Shoham S, Roilides E, Walsh TJ. Pneumocystis pneumonia in children. Paediatr Respir Rev. 2009 Dec;10(4):192-8.
3. Lowe DM, Rangaka MX, Gordon F, James CD, Miller RF. Pneumocystis jirovecii pneumonia in tropical and low and middle income countries: a systematic review and meta-regression. PLoS One. 2013 Aug 2;8(8):e69969.