

# UNA RARA COMPLICANZA IN CORSO DI BRONCHIOLITE DA RSV



N. Prendushi\*, S. Pizzi\*, V. Romagnoli°, A. Volpini°, G.M. Piattellini \*, R. Pallotto\*, M. Amici\*, C. Lanza#, F. Santelli\*  
\*SOD ANESTESIA E RIANIMAZIONE PEDIATRICA, AOUOR PRESIDIO "G. SALESI" - ANCONA ITALY  
°SOD PEDIATRIA AD INDIRIZZO PNEUMOLOGICO, AOUOR PRESIDIO "G. SALESI" - ANCONA ITALY  
#SOD RADIOLOGIA PEDIATRICA E SPECIALISTICA, AOUOR PRESIDIO "G. SALESI" - ANCONA ITALY

## INTRODUZIONE:

il virus respiratorio sinciziale (RSV) è il più comune agente patogeno virale responsabile di bronchiolite e polmonite in età pediatrica, con diverse possibili complicanze descritte in letteratura. Descriviamo il caso di una bronchiolite acuta complicata da polmonite necrotizzante e pneumotorace in corso di infezione da RSV e Stafilococco Aureo Meticillino-Sensibile (MSSA).

## CASO CLINICO:

Caso clinico: una lattante di 9 mesi, senza precedenti dati anamnestici di rilievo, veniva ricoverata nella Terapia Intensiva Pediatrica del nostro nosocomio dopo un giorno di febbre e dispnea per insufficienza respiratoria ipossiémica. All'ingresso venivano obiettivati distress respiratorio con rantoli inspiratori e sibili espiratori diffusi all'auscultazione toracica. L' Eco polmonare mostrava ispessimento pleurico diffuso con multipli addensamenti; La **radiografia** del torace mostrava opacità parenchimale apicale e paracardiaca destra. Gli esami ematochimici evidenziavano leucopenia ed incremento degli indici di flogosi. La paziente veniva supportata con ossigeno-terapia ad alti flussi tramite cannule nasali (HFNC) ed antibiotico terapia ad ampio spettro. Il secondo giorno di degenza si assisteva ad un peggioramento del quadro respiratorio, emodinamico e radiologico: L' Eco toracica mostrava assenza di sliding pleurico nei campi polmonari dx e lung point visibile sulla linea parasternale medio basale dx, alla radiografia del torace confermata presenza di pneumotorace destro che veniva trattato con il posizionamento di un drenaggio pleurico. Il quinto giorno di degenza la radiografia del torace documentava risoluzione dello pneumotorace con evidenza di multiple aree iperdiafane a livello del polmone di destra. (Fig.1)



Fig.1

La TAC torace confermava la presenza di multiple cavitazioni intraparenchimali compatibili con pneumatoceci. (Fig. 2)

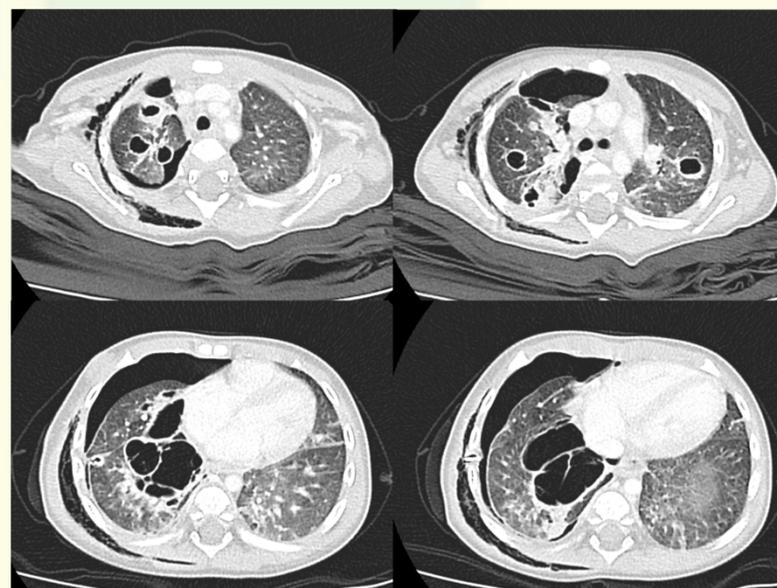


Fig.2

La *Polymerase Chain Reaction* su tampone naso-faringeo risultava positiva per RSV e la coltura del liquido pleurico evidenziava uno MSSA, permettendo una antibiotico terapia mirata basata sulla suscettibilità in vitro. Il controllo TAC torace a distanza di 3 mesi documentava la risoluzione delle cavitazioni parenchimali precedentemente descritte.



Fig.3

## CONCLUSIONE:

Una polmonite da MSSA con pneumatoceci può essere una complicanza in corso di bronchiolite da RSV. L'*outcome* è solitamente favorevole con *restitutio ad integrum*, e deve essere tenuto in considerazione per una adeguata gestione terapeutica.

## Bibliografia essenziale:

- Brealey JC, Sly PD, Young PR, Chappell KJ. Viral bacterial co-infection of the respiratory tract during early childhood. FEMS Microbiol Lett. 2015 May;362(10).
- Carrillo-Marquez MA1, Hultén KG, et al. Staphylococcus aureus pneumonia in children in the era of community-acquired methicillin-resistance at Texas Children's Hospital. Pediatr Infect Dis J. 2011 Jul; 30(7):545-50.