

# COVID-19: caso 85

Pezzotti S., Botti P., Perotti V., Bnà C.

Unità complessa di Radiologia – Istituto Ospedaliero  
Fondazione Poliambulanza (Brescia)

Paziente donna di 47aa, accesso in PS in data 10/03/2020 per febbre e dispnea.

APR: ipertensione arteriosa, obesità (esiti di intervento di chirurgia bariatrica)

Tampone positivo per Covid-19.

RX torace (10/03/2020): unica proiezione, Paziente seduto. Scarso inspirio.



Sfumati infiltrati interstizio – alveolari si riconoscono in sede intercleidoilare bilaterale ed al campo medio di destra. Non versamento pleurico. Incremento del diametro trasverso cardiaco.

In relazione al reperto RX, viene richiesta una stratificazione di malattia mediante indagine TC senza mdc come da protocollo interno aziendale, in accordo con i colleghi clinici del Pronto

Soccorso con attribuzione di uno score radiologico per quantificare l'estensione di malattia.

Polmone diviso in 3 zone:

- dagli apici alla carena
  - dalla carena all'origine delle vene polmonari inferiori
  - dall'origine delle vene polmonari inferiori al diaframma
- A ciascuna zona viene assegnato un punteggio da 0 a 4 sia per il lato dx che sin, per un totale di 24 punti, con i seguenti risultati:
- Assenza di malattia: 0 punti
  - Estensione di malattia <25%: da 1 a 6 punti totali
  - Estensione di malattia 26-50%: da 7 a 12 punti totali

- Estensione di malattia 51-75% da 13 a 18 punti totali
- Estensione di malattia >76%: superiore ai 19 punti totali

TC torace (10/03/2020):



si identificano diffuse aree di alterata densità parenchimale bilaterale, a distribuzione mantellare e peribroncovascolare, maggiormente estese in corrispondenza di entrambi i lobi superiori; l'estensione della malattia è pari a circa il 26 – 50% del parenchima polmonare (score radiologico: 10/24). Non versamento pleurico né significativo versamento pericardico. Multipli linfonodi reattivi in sede paratracheale superiore, ilare bilaterale e sottocarenale. Modesta steatosi epatica.

Paziente dimessa in buon compenso dal nostro nosocomio, riaccede in data 13/03/2020 per peggioramento della sintomatologia clinica.

Esami laboratorio (13/03): nella norma ad eccezione di lieve leucopenia (linfocitopenia).

EGA: pO<sub>2</sub> 46 mmHg; rapporto pressione parziale O<sub>2</sub> arterioso/O<sub>2</sub> inalato 221 (vn: >300).

Rx torace (13/03):



Incremento in estensione dei plurimi infiltrati bilaterali che attualmente confluiscono in addensamenti parenchimali al III medio del polmone destro e in plurime chiazze di consolidamento parenchimale a sinistra. Non riconoscibile versamento pleurico.

Successivo ricovero presso l'Unità di Terapia Intensiva, ove

la Paziente viene intubata e sottoposta a ventilazione meccanica. Per peggioramento degli scambi respiratori (EGA: pO<sub>2</sub> 51mmHg; rapporto pressione parziale O<sub>2</sub> arterioso/O<sub>2</sub> inalato 64) e comparsa di diffusa tumefazione dei tessuti molli in sede sovraclavare e laterocervicale bilaterale, esegue nuova indagine radiografica.

Rx torace (20/03/2020): unica proiezione, Paziente semiseduto. Cannula endotracheale. CVC.



incremento degli infiltrati interstizio-alveolari bilaterali, più compatti in regione perilare destra.

Comparsa di pneumomediastino e di enfisema dei tessuti molli della parete toracica ed alla base del collo a sinistra.

In seguito al riscontro Rx di pneumomediastino e di enfisema dei tessuti molli all'indagine radiografica, viene richiesta indagine TC per meglio caratterizzare il quadro toracico.

TC torace (20/03/2020):



netta progressione dell'estensione delle alterazioni parenchimali bilaterali

tipo ground glass ; l'estensione delle alterazioni descritte supera attualmente il 75% del volume polmonare.

Aree di estesa consolidazione parenchimale con broncogramma aereo e distorsioni bronchiali in corrispondenza del lobo medio e di entrambi i lobi inferiori.

Al lobo medio in corrispondenza del segmento mediale sul versante mantellare anteriore presenza di alterazione cistica a pareti spesse, di circa 30 mm, senza sicuri rapporti di

continuità con le vie aeree; l'alterazione descritta mostra caratteristiche compatibili con pneumatocele.

Pervie le vie aeree principali sino ove valutabili, senza sicure soluzioni di continuo.

Non evidenti falde di pneumotorace bilateralmente.

Discreto pneumomediastino con estensione al passaggio cervico toracico in continuità con

importante enfisema dei tessuti molli sottocutanei del collo e della regione toracica superiore.

Non pneumopericardio; il cuore e i grossi vasi mantengono regolare morfologia e dimensioni.

In sede mediastinica alcune immagini linfonodali di aspetto immunoreattivo.

Non versamento pleurico né pericardico.

Cannula endotracheale e sondino nasogastrico normoposizionati.

CVC con ingresso da destra ad estremità distale nel lume della vena cava superiore alla confluenza del tronco venoso brachiocefalico.